WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

變性者、跨性別者、和非性別常規者的健康照護準則

世界跨性別健康專業協會（WPATH）發行
竇秀蘭譯註　吳敏倫校閱

第七版[1]

1 此是WPATH官方授權的中文翻譯版。當使用於法律和醫療技術上的目的時，仍需要參照WPATH官方的英文版本（www.wpath.org）。目前是照護準則（SOC）第七版，初版的SOC于1979年發行，先前的修訂版陸續於1980年、1981年、1990年、1998年、和2001年發行。

WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

Standards of Care

for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People

---

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7th Version | www.wpath.org

目 錄

第一章　照護準則的目標和使用方法 1
第二章　照護準則的全球適用性 3
第三章　非性別常規和性別不安的差異 4
第四章　流行病學的注意事項 6
第五章　性別不安的醫療措施 8
第六章　性別不安之兒童和青少年的衡鑑與治療 10
第七章　心理健康 20
第八章　賀爾蒙治療 31
第九章　生殖健康 48
第十章　嗓音和溝通治療 49
第十一章 手術治療 52
第十二章 術後的照護與追蹤 61
第十三章 終身預防與基層醫療照護 62
第十四章 照護準則在機構住民的適用性 64
第十五章 照護準則在性發展障礙者的適用性 65

參考文獻. 69

附錄壹 辭彙 93
附錄貳 檢視賀爾蒙療法的醫療風險 96
附錄叁 賀爾蒙治療和手術的標準 102
附錄肆 醫療措施之臨床結果的證據 105
附錄伍 照護準則第七版的發展歷程 107

照護準則修訂委員會的成員. 109
國際諮詢團體甄選委員會、國際諮詢團體. 110
技術文件撰寫者、編輯助理. 110
中文版譯注者、中文版校閱者. 110

第一章 照護準則的目標和使用方法

世界跨性別健康專業協會（WPATH）[1]是一個國際化、跨領域及專業的協會，其目標是在促進以證據為基礎的照護、教育、研究、倡議、公共政策，以及重視變性者的健康。WPATH的願景乃是彙集各方面的專業人才，共同致力於在世界各地發展出最佳的實踐與支持的政策，以便促進在所有文化背景之下的變性者、跨性別者和非性別常規者的健康、研究、教育、尊重、尊嚴和平等。

WPATH的主要功能之一是借著「變性者、跨性別者、和非性別常規者的健康照護準則」，而得以促進有關個人之健康照護的最高準則。SOC 是根據目前最佳的科學研究和專家的共識而形成的[2]。由於這個領域的研究和經驗，大部分是來自於北美和西歐的觀點，因此，將SOC應用於世界的其他地區時，必須要進行調整。在這個版本的SOC當中，也包含了考慮有關文化相對性和文化能力的建議。

SOC 的整體目標是提供健康專業人員有關變性者、跨性別者、和非性別常規者的臨床指引，使其能夠以安全和有效的方式來協助他們，並且使他們對自己的性別感到自在，進而將他們的整體健康、幸福感、和自我實現，提升到最高的程度上。上述的協助可能包括基層醫療照護、婦科和泌尿科的照護、生殖的選擇、嗓音與溝通治療、心理健康服務（例如，衡鑑[3]、諮商、心理治療）、以及賀爾蒙與手術治療。雖然SOC主要是為健康專業人員所製作的文書，但是，也可以提供給個人、個人的家庭、和社會機構，使其能夠瞭解如何去協助此多樣化群體的成員，並且幫助他們達到最佳的健康狀態。

WPATH認知到健康不僅需要仰賴良好的臨床照護，同時也需要能夠提供和確保社會包容力、平等、以及所有公民權利的社會與政治氛圍。健康促進是透過公共政策和法律改革來達成的，藉由促進對性別和性多樣化的包容與平等，進而消除偏見、歧視、和汙名化的烙印。因此，WPATH致力於宣導在公共政策和法律上的改革。

---

1 前身為亨利・班傑明國際性別不安症協會（the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association）。

2 照護準則（SOC）第7版 與先前版本有很顯著的差異。這個版本的改變是基於重大的文化轉變、臨床知識的進展、以及產生許多除了賀爾蒙治療和手術之外，與變性者、跨性別者和非性別常規者有關的健康照護的議題 (Coleman, 2009a,b,c, d)。

3 譯註：英文原文-Assessment，一般被翻譯為「評估」，但是使用於心理學的專業領域上，則翻譯為「衡鑒」。心理衡鑒 (psychological assessment)的定義為：利用心理測驗、臨床晤談、個案史研究、生理測量等各種資料搜集方式，描繪與解釋個案之心理狀態與行為的一種臨床工作。

照護準則是具有彈性的臨床指引

SOC 必需具有彈性，如此才能夠滿足變性者、跨性者、和非性別常規者在多樣化健康照顧上的需求。即便是具有彈性，但主要是將能夠促進最佳之健康照護和治療處遇的準則，提供給經歷到性別不安[4]的人－寬泛地定義為因為個人的性別認同與出生時的指定性別[5]（以及伴隨的性別角色和/或主要與次要的性徵）之間的差異，而感到不自在或困擾(Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b)。

與先前所有版本的SOC相同的是，在此版本中有關性別不安的賀爾蒙和手術治療的標準，就是臨床的指引；個別的健康專業人員和照護計畫可能會將之進行修正。臨床醫療偏離SOC的可能因素有－因為患者特殊的解剖構造、社會或心理的狀況；屬於經驗豐富的健康專業人員，針對一般的情況之下而發展出來的處遇模式；屬於研究計畫的草案;因為在世界的其他地區所面臨的資源缺乏；或是屬於特定的減害措施。這些偏離必須被清楚告知，例如向患者解釋，以及為了患者的照顧品質和法律保障，必須要簽定知情同意[6]的文件。這些檔記錄對於最新資料的累積乃是具有價值的，借著回顧檢驗而得以應用于健康照護上－以及SOC的發展上。

雖然SOC著力於闡述照護的標準，但是，同時也認知到在充分知情下作出決定，以及採取減害措施的價值。另外，在此版本的SOC當中， 確認和證實了性別多樣化的展現，而此可能不需要心理、賀爾蒙、或手術的治療。有些就診的患者，將會作出重大的自我導向的決定，朝向性別角色的改變、轉換、或是其他的目標前進，此乃取決於他們的性別認同或性別不安。其他的患者可能會要求更進一步的服務。根據患者在性別展現上的臨床需求和目標，健康專業人員可以借著SOC的使用，協助他們針對健康照護服務，進行全面性的考慮。

---

4 譯註：「Gender Dysphoria」首次出現在精神疾病的診斷與統計手冊－第五版(DSM-V) ，取代先前「性別認同障礙（Gender Identity Disorder）」的診斷術語。臺灣DSM-V中文版將之翻譯為「性別不安」，意指：個人所經驗/所展現的性別，與出生時的指定性別有顯著的差異，因而造成無以“安身立命”的困境，不僅伴隨著“焦躁不安”的情緒困擾，並且減損社會、職業、或其他重要領域的功能，或是顯著的增加苦惱或失能的風險。(由於「焦慮」一詞在精神疾病診斷名稱的對應原文為「Anxiety」，故譯者認為不宜翻譯為「性別焦慮」)。

5 譯註：英文原文-sex assigned at birth，意指在出生時被指定的性別，也稱為法定性別。

6 譯註：英文原文-informed consent，也稱為告知後同意。知情同意包括三個基本要素：1、告知(disclosure)，即須以患者可以理解的方式提供相關訊息；2、決定能力(capacity)，指患者具備 “瞭解相關訊息”且可以 “合理預見其決定之後果”的能力；3、自願(voluntariness)是指患者有權不受到外力、心理威脅與人為操控之影響而自由地做出決定。（臺灣臨床倫理網路http://www.tcen.org.tw/about_us.asp）

第二章 照護準則的全球適用性

雖然 SOC 在全世界通用，但是，WPATH知曉在此健康照護領域的臨床經驗與知識，大部分都是收集來自於北美和西歐的資料。因此，不論是從此地到那地、跨越國界、以及在國境之內，在以下的範疇上都會出現差異：對於變性者、跨性別者、和非性別常規者的社會態度; 性別角色和認同的建構；描述不同的性別認同所使用的語言；性別不安的流行病學；醫療的可近性與費用；所提供的治療模式；提供照護之專業人員的數量和類型；以及與此健康照護有關的法律和政策議題。 (Winter, 2009).

SOC不可能反映上述所有的差異。當在其他的文化背景下運用這些標準時，健康專業人員必須對於這些差異具有敏感度，並且根據當地的實際狀況來對SOC進行調整。例如，在一些文化當中，因著非性別常規者的數量和生活模式，而使他們具有高度的社會能見度（Peletz，2006）。在此類型的情境之下，人們在青少年期或甚至更早的年齡階段，開始改變他們的性別展現和身體特徵，乃是非常地普遍。許多人乃是成長和居住在與西方文化完全相異的社會、文化、甚至是語言內涵之中。然而，幾乎所有人都經歷到偏見(Peletz, 2006; Winter, 2009)。在許多的文化之中，對於非性別常規者，乃是廣泛地予以社會汙名化的烙印，並且性別角色也是被高度地規範著（Winter et al., 2009）。處於這些情境的非性別常規者，經常被迫要隱藏起來，也可能因此造成缺乏適當的健康照護的機會(Winter, 2009)。

對於提供最佳之照顧給所有的人，SOC 並不會限制這方面的努力。在世界各地的健康專業人員－即便是在資源和培訓機會有限的地區－仍是能夠應用許多SOC的基本核心原則。這些原則包括以下內容：向非性別常規者表達尊重的態度（對於性別認同或展現上的差異，不可將之疾病化；提供照護（或轉介給具備相關知識的同事），肯定患者的性別認同，以及減輕性別不安的困擾；具備變性者、跨性別者、和非性別常規者之健康照護需求的知識，包括性別不安之治療選項的益處與風險；治療措施必須符合患者的特定需求，特別是他們在性別展現上的目標，以及在減輕性別不安的需求；促進健康照護的醫療可近性;在提供治療之前，必須取得患者的知情同意;提供持續性的照護;針對患者的家庭和社區（學校，工作場所和其他場所），進行提供支援和倡議的準備。

專門術語的使用是取決於文化和時空的背景，並且乃是迅速地發展。在不同的場所和時空背景之下，以及處於不同的群體當中，使用尊敬的語言是非常重要的。當SOC 翻譯成其他語言時，必須非常謹慎地確保專門術語的含義，乃是被準確地翻譯。英文的專門術語可能不容易翻譯成其他的語言，反之亦然。有些語言當中並沒有同等的辭彙來形容本書中的各種術語，因此，譯者應該瞭解治療的基本目標，並且闡述文化適用的指引，以便達成這些目標。

第三章 非性別常規和性別不安的差異

身為變性者、跨性別者、或非性別常規者是關乎多樣性，而非病理性

WPATH於2010年五月發表了一份聲明，敦促世界各地將非性別常規給予去精神疾病化[7]（WPATH董事會，2010）。聲明指出，“性別特質的展現，包括認同，並非刻板地與出生時的指定性別相關聯，此乃是很常見的，並且是文化多樣性的人類現象，不應該被判定為與生俱來的病態或負面影響。”

不幸的是，在世界各地的許多社會中，非性別常規是被汙名化烙印的。這種烙印將導致偏見和歧視，並且造成“ 弱勢壓力” [8]的結果(IH Meyer, 2003)。弱勢壓力是獨特的（外加於所有人所經歷到的一般壓力源）、以社會為基礎的、慢性的，並且可能讓變性者、跨性別者、和非性別常規者變得更加脆弱，導致出現諸如焦慮和憂鬱的心理健康問題（醫學研究所，2011）。

除了社會上大規模的偏見和歧視，汙名化烙印將在個人與同儕，以及家庭成員的關係當中，造成虐待和忽略的狀況，這反過來又可能導致心理的困擾。然而，這些症狀是因為社會的情境而被引發出來的，並非是變性者、跨性別者、或非性別常規者與生俱來的。

非性別常規不同於性別不安

非性別常規 是指個人的性別認同、角色、或展現，不同于文化規範中，對於特定性別的規定（醫學研究所，2011）。性別不安 是指個人的性別認同，與出生時的指定性別（

7 譯註：英文原文-de-psychopathologization，意指去除精神疾病的標籤，不再視為精神疾病的一種。
8 譯註：英文原文-minority stress，意指因為身為主流社會中的少數份子（不論是族群、性傾向、性別認同等），而遭受到的種種壓力。

以及伴隨的性別角色和/或主要與次要的性徵）有所差異，因而感到不自在或困擾(Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b)。只有一些非性別常規者，在生命中的某些時刻，才會經歷到性別不安。

治療處遇能夠協助有此困擾的人們，探索他們的性別認同，並且找到讓自己感到自在的性別角色(Bockting & Goldberg, 2006)。治療處遇是個別化的：幫助一個人減緩性別不安的方法，可能與幫助另一個人之間有極大的差異。這個過程可能會或可能不會涉及到性別展現的改變，或是身體的矯治。治療處遇的選擇包括，例如，透過賀爾蒙治療和/或手術，造成女性化或男性化的身體改變，因而產生減緩性別不安的效果，此對很多人而言，是有醫療上的必要。性別認同和展現是多樣化的，協助人們達到對自己和認同感到自在的選項很多，賀爾蒙治療和手術只是其中的兩項。

性別不安經由治療之後，絕大部份都可以獲得緩解（Murad et al., 2010）。因此，雖然變性者、跨性別者、和非性別常規者，可能在生命中的某一時刻經歷到性別不安狀，許多人在接受治療之後，將可以找出一個令自己感到舒適的性別角色和展現，儘管這些是不同於他們在出生時的指定性別，或是主流的性別規範與期待。

性別不安的診斷

有些人經歷到性別不安，並且困擾的程度已經達到正式診斷的標準，便有可能被歸類為一種精神障礙。這種診斷並不是汙名化烙印或剝奪公民權與人權的許可證。現有的分類系統，如精神疾病的診斷與統計手冊[9]（美國精神醫學學會，2000）和國際疾病分類[10]（世界衛生組織，2007）定義數以百計的精神障礙，不論是在發病、持續的期間、病理、失能的狀況、以及治療可能性上，都是截然地不同。這些系統全部都是嘗試分類集群的症狀和條件，而不是針對個人本身。所謂的障礙，只是描述一個人對抗著某種事物，而不是描述這個人的本身或個人的認同。

因此，變性者、跨性別者、和非性別常規者，並不是與生俱來就患病的。而是，當性別不安的困擾出現時，要關注於是否符合診斷，以及哪些是可行的治療選項。性別不安診斷的存在，往往能夠促進醫療的可近性，並且指引進一步的研究，以便達到有效的治療。

研究將產生新興的診斷名稱，在DSM (Cohen-Kettenis & Pf ä fflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010)和 ICD二者所

9 譯註：英文原文- Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)，此由美國精神醫學學會出版，是在美國與其他國家中最常使用來診斷精神疾病的指導手冊，最新版-第五版于2013發行。

10 譯註：英文原文-International Classification of Diseases」，正式的全名為「International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」（國際疾病與相關健康問題統計分類），常用縮寫為ICD。此是世界衛生組織（WHO)制定的醫療衛生工作和疾病統計上運用的疾病統一分類方法，目前最新版-第十版于1993發行，預計2015年發行第十一版。

使用的術語，都仍會不斷地改變。因此，SOC 所慣用的術語和為此所下的定義，將有可能成為新興的診斷名稱。健康專業人員在執行業務時，應該使用最新的診斷標準和適當的代碼。

第四章 流行病學的注意事項

目前仍未進行有關變性或跨性別、以及非性別常規的發生率[11]和盛行率[12]的正式流行病學研究，而且達成真實的估計乃是非常地困難（醫學研究所，2011; Zucker & Lawrence, 2009） 。即使流行病學研究證實變性者、跨性別者、或非性別常規者，在世界各地有相似的比例人口，然而有可能從一個國家到另一個的文化差異，將會同時改變不同性別認同的行為展現，以及什麼樣的性別不安－不同於個人的性別認同－會真實地在人群中發生。雖然對於多數的國家而言，跨越性別界限的規範，將導致道德譴責而非是同情，但是也有在特定文化中的非性別常規行為（例如，出現在精神領袖身上），是較少被汙名化烙印的，甚至是被尊敬的例子(Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chi ñ as, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997)。

基於種種的原因，發生率和盛行率的研究者，往往聚焦於非性別常規者當中，最容易被計數的次團體：因為性別不安而至專門的性別門診就醫，並且接受性別轉換之照護（gender-transition-related care）的變性者。大多數的研究都是在歐洲國家進行，如瑞典(Wålinder, 1968, 1971)、英國(Hoenig & Kenna, 1974)、荷蘭(Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996)、德國(Weitze & Osburg, 1996)，以及比利時(De Cuypere et al., 2007)。除了一個是在新加坡（蔡，1988）。

De Cuypere和他的同事們（2007）回顧了這類型的研究，其中也含括了他們自己的研究。這些研究總共橫跨了39年。去掉兩個去極值－由Pauly在1968和蔡在1988年的研究發現，總共有涉及到八個國家的十個研究。這十個研究報告的男變女(MtF)盛行率，在1:11,900至1:45,000之間；女變男的盛行率(FtM)在 1:30,400至1:200,000之間。有些學者

11 發生率－指在某一時期內（例如，一年），出現的新病例數的比率。
12 盛行率－指有症狀的個體數，除以總人口數的比率。

認為盛行率應該更高一些，此乃取決於研究中所使用的方法（例如，Olyslager & Conway, 2007）。

直接比較各個研究是不可能的，因為每個資料收集的方法和定義變性人的標準都是不同的（例如，是否已經進行生殖器重建手術，對照已經開始接受賀爾蒙治療，或是對照已經前往診所就醫，並進行醫療監督的性別轉換）。最近的研究顯示，發生率有增加的趨勢，此可能表示越來越多的人尋求臨床的照護。Reed和他的同事（2009）的研究支持了這個解釋，其報導在英國前往性別門診就醫的人，每隔五或六年就增加一倍。同樣地，Zucker和他的同事（2008）報導在加拿大多倫多的門診，超過30年以來，兒童和青少年的轉介乃增加了四到五倍。

經由這些研究所產生的資料，應該被視為最低的估計值。公佈的資料大多來自於門診，在此就醫的患者乃是達到嚴重性別不安的標準。這些估算並未考慮到對所有性別不安者而言，由特定門診所提供的治療，並不是都屬於負擔得起、有用的、或是可被接受的治療。只計算前往門診接受特定治療的那些人，其他無法計數的性別不安者將會因此被忽略掉。

其他的臨床觀察（尚未被系統性的研究所支援）乃支持較高的性別不安的盛行率，原因為：（1）先前尚未被確定診斷的性別不安患者，在出現焦慮、憂鬱、行為規範障礙症[13]、物質濫用、解離型身份障礙[14]、邊緣型人格障礙、性功能障礙和性發展障礙時，才會偶然地被診斷出來(Cole, O ‘ Boyle, Emory, & Meyer III, 1997)。（2）有些異裝者、變裝國王/皇后、女性/男性的模仿者、以及男同性戀者與女同性戀者，也有可能會經歷到性別不安(Bullough & Bullough, 1993)。（3）有些人的性別不安的強度，是在臨床診斷的閾值間上下波動(Docter, 1988)。（4）女變男（FtM）的非性別常規者，在許多文化中往往是相對地不顯眼，特別是對西方的健康專業人員和研究人員而言，然而，目前估計的發生率和盛行率大部份是來自於他們的研究 (Winter, 2009)。

總而言之，現有的資料應該被視為一個起點，在全世界各地進行更嚴謹的流行病學研究，將有利於健康照護的發展。

13 譯註：英文原文-conduct disorder(CD)，預定在臺灣發行的DSM-V中文版中翻譯為「行為規範障礙症」。過去曾被翻譯為「品性疾患」（DSM-IV精神疾病診斷準則手冊，孔繁鐘和孔繁錦編譯，合計圖書出版社發行）。

14 譯註：英文原文-dissociative identity disorders(DID)，預定在臺灣發行的DSM-V中文版中翻譯為「解離型身分障礙症」。過去曾被翻譯為「解離性身份疾患」（DSM-IV精神疾病診斷準則手冊，孔繁鐘和孔繁錦編譯，合計圖書出版社發行）。較早的DSM版本則稱之「多重人格障礙」（Multiple Personality Disorder，MPD）。

第五章 性別不安的醫療措施

性別不安在知識和治療上的進展

在二十世紀的下半葉，增加了對於性別不安的覺察，健康專業人員開始協助患者減緩性別不安的特徵，透過賀爾蒙治療和手術來改變主要和次要性別特徵，以及改變性別角色。雖然Harry Benjamin已經指出非性別常規的光譜現象[15] (Benjamin, 1966)，然而，最初的臨床措施大都是聚焦于找出最適合進行性別重置的人選，並且盡可能地促成完全從男性轉變到女性，或女性轉變為男性的生理改變（例如，Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974）。這個措施經過廣泛的檢驗，並且證明效果是非常地顯著。各個研究的滿意度範圍，從男變女（MtF）患者的87％，到女變男（FtM）患者的97％之間（Green & Fleming, 1990)，而且後悔是極其罕見的（男變女（MtF）患者是1～1.5％，女變男（FtM）患者是<1％; Pfäfflin, 1993）。事實上，對許多人而言，為了減緩性別不安狀，賀爾蒙治療和手術乃是有醫療上的必要（美國醫學協會，2008; Anton, 2009; 世界跨性別健康專業協會，2008）。

隨著該領域日益發展成熟，健康專業人員瞭解到儘管有許多人同時需要賀爾蒙和手術治療，以便減緩他們的性別不安狀，但是其他人只需要這些治療選項的其中之一，甚至有些人什麼都不需要(Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004)。通常在心理治療的協助下，有些人統整了跨性別的感覺，並且融入于他們出生時所指定的性別角色之中，而不認為有將身體變成女性或男性的需要。對於其他人而言，性別角色和展現的改變，將有效地減緩性別不安狀。有些患者可能需要賀爾蒙、性別角色的改變，但不需要手術；其他人可能需要經由手術來改變性別角色，但不需要賀爾蒙。換句話說，性別不安的治療已經變得更加個別化。

15 譯註：英文原文-spectrum，此意味著性別如同彩虹般地多樣化，包含著不同程度的差異，或屬於不同的類群。

當這一代的變性者、跨性別者、和非性別常規者到達一定的年齡時－當中許多人已經從不同的醫療措施中受益－他們變得更具公眾能見度，並且示範著他們的性別認同、角色、和展現的多樣性。有些人不是以非性別常規來描述自己，而是明確地跨越性別（成為另一個性別的一員； Bockting，2008年）。其他人則肯定自己獨特的性別認同，並且不再認為他們是男性或女性(Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993)。相反地，他們可能會以特定的辭彙來描述自己的性別認同，例如跨性別、雙性別、或性別酷兒，以便顯示出他們的獨特經驗，而此可能超越了男/女性別二元論的理解(Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002)。在他們確認認同的過程中，可能沒有經歷到所謂的“轉換”，因為他們從未完全地接受出生時被指定的性別角色，或是當他們具體化自己的性別認同、角色、和展現時，並沒有涉及到從一個性別角色改變到另一個。例如，有些年輕人以性別酷兒來認同自己，並且總是經歷到他們的性別認同和角色正是如此。提高公眾的能見度和性別多樣性的覺察(Feinberg, 1996)，能夠進一步地擴大性別不安者在具體化認同時的選擇，以及尋找一個令他們感到舒適的性別角色和展現。

健康專業人員能夠協助性別不安者確認他們的性別認同，探索認同展現的各種選項，以及在減緩性別不安的治療選項中作出決定。

性別不安在心理治療和醫療上的選項

尋求治療性別不安的人，有各種治療選項可以考慮。介入治療的數量和類型，以及採取的順序是因人而異的（例如，Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010)。治療的選項包括以下內容：

改變性別展現和角色（可能會涉及到在部分時段或全部時段，以與自己性別認同一致的另一種性別角色生活）；

以賀爾蒙療法促成女性化或男性化的身體改變;

以手術改變主要和/或次要性徵（例如，乳房/胸部、外部和/或內部生殖器官、臉型、身體輪廓）；

借著心理治療（個別、伴侶、家庭、或團體）達到探索性別認同、角色、和展現的目的；處理性別不安和汙名化烙印在心理健康上所造成的負面影響； 減輕內在的跨性別恐懼症[16];加強社會和同儕的支援；增強身體意象；或促進復原力等目標。

16 譯註：英文原文- transphobia，意指對於跨性別者感到恐懼，進而予以排斥、厭惡、仇恨、偏見和性別歧視。此詞類似於同性戀恐懼症（homophobia），簡稱恐同症。

性別展現在社會支援和改變上的選項

除了上述有關心理治療和醫療的治療選項之外（或可當作是替代選項），能夠幫助緩解性別不安的其他選項如下，諸如：

除了上述有關心理治療和醫療的治療選項之外（或可當作是替代選項），能夠幫助緩解性別不安的其他選項如下，諸如：

離線（offline）和線上（online）之同儕支持的資源、團體、或社區組織，其能夠提供社會支援和倡議;

離線和線上之家人和朋友的支持資源;

透過嗓音和溝通治療來協助個人發展口語和非口語的溝通技巧，促進對他們的性別認同感到自在;

透過電解療法、雷射治療、或蜜蠟除毛來除去毛髮;

束胸或墊胸、壓平生殖器官或使用假陰莖、填充寬關節部位或臀部;

改變身份證明檔上的姓名和性別注記。

第六章 性別不安之兒童和青少年的衡鑑與治療

兒童、青少年、和成人的性別不安，在現象、發展歷程、和治療措施上是有一些差異。在兒童和青少年方面，會涉及到劇烈的發展歷程（生理、心理、和性）並且在結果上有很大的流動性和變異性，特別是前青春期的兒童。因此，此版的 SOC為性別不安之兒童和青少年的衡鑑和治療，提供了特定的臨床指引。

性別不安之兒童和青少年之間的差異

性別不安的兒童和青少年之間有一個重要的差異，即是性別不安持續至成年期的人口比率。兒童期的性別不安，並非不可避免地延續至成年期[17]。相反地，針對被轉介到門診並進行性別不安衡鑑的前青春期兒童（主要是男孩），後續的研究顯示，只有6～23％的兒童，其性別不安的特徵會持續至成年期(Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995)。在這些研究中的男孩，在成年之後較傾向認同自己是男同性戀者，而不是跨性別者(Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984)。較新的研究顯示，包含女孩在內，性別不安持續至成年期的比率為12~27％(Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)。

相較之下，青少年的性別不安持續至成年期的比率乃是高出許多。儘管並沒有正式的前瞻性研究。然而，針對被診斷為性別不安，並且給予青春期抑制賀爾蒙的70名青少年的後續研究，發現全部都進行更進一步的性別重置，開始接受女性化/男性化賀爾蒙治療[18](de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010)。

性別不安的兒童和青少年之間的另一個區別，是在各個年齡組的性別比率。臨床轉介之12歲以下性別不安的兒童，男/女比例為6:1至3:1(Zucker, 2004)。臨床轉介之12歲以上性別不安的青少年，男/女比例接近至1:1(Zucker, 2004)。

正如Zucker 和 Lawrence (2009)在第四章節所探討的，兒童期、青少年期、和成年期之性別不安的正式流行病學研究－乃是缺乏的。在世界各地不同人群中的發生率和盛行率，需要更多的研究來進行精細的估計。

兒童期的現象

當兒童兩歲時，可能會表現出性別不安的徵兆。他們可能表達出想成為另一個性別的意願，並且對他們的身體性徵與功能感到不悅。此外，他們可能比較喜歡向來屬於另一個性別的衣服、玩具、和遊戲，以及喜歡跟另一個性別的同儕玩樂。然而，這些特徵是異質性的：有些兒童呈現強烈的非性別常規的行為與意願，伴隨著對他們的主要性徵，持續且極度地感到不自在。對其他的兒童而言，這些特徵比較沒有那麼地強烈，或僅是部分的存在(Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a)。

17 兒童的非性別常規行為（Gender nonconforming behaviors）可能會持續至成年期，但是，這樣的行為不表示就是性別不安，而且需要被治療。如同在第三章節所描述的，性別不安並不等同於多樣化的性別展現。
18 英文原文-feminizing/masculinizing hormone therapy。

性別不安的兒童出現共存的內化疾患[19]，例如焦慮和憂鬱，相對而言是常見的(Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002)。自閉症類群障礙[20]的盛行率，在臨床轉介之性別不安的兒童當中，似乎比在一般大眾的比率還要高(de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010)。

青少年期的現象

對大部分兒童而言，性別不安將在青春期之前或早期的階段消失。然而，某些兒童對於這些感覺反而是更加地劇烈，並且當他們成為青少年和發展出第二性征時，將會產生或增加對身體的厭惡感(Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & PFäafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995)。一個研究的資料指出，在兒童期出現較劇烈的非性別常規的行為，乃是與性別不安持續至青春後期和成年早期有關聯性(Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)。當然，許多性別不安的青少年和成人，在過去並沒有出現童年期的非性別常規行為(Docter, 1988; Landén, Wåålinder, & Lundströöm, 1998)。因此，當青少年的性別不安首次在青春期變得明顯時，會令其他人（父母、其他家庭成員、朋友、和社區成員）感到驚訝不已。

青少年經歷到他們的主要和/或次要性徵，以及他們出生時的指定性別，與他們的非常規的性別認同時，可能會產生強烈的困擾。許多，但並非全部，性別不安的青少年對賀爾蒙和手術治療有強烈的渴望。越來越多的青少年，在進入高中時就已經開始以他們想要的性別角色生活(Cohen-Kettenis & PFäafflin, 2003)。

被轉介到性別認同門診的青少年，是具有接受早期醫療處遇的資格－在Tanner stage的第一階段，開始使用促性腺素釋放激素類似物[21]來抑制青春期－不同的國家和治療中心會有所差異。並非所有的門診都提供青春期抑制療法。如果有提供這樣的治療，青少年被允許展開治療的階段，有從青春發育期的Tanner stage第二階段到第四階段之間的差異（Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., in press）。青少年接受治療的百分比，很可能受到醫療照護組織、保險、文化差異、健康專業人員的意見、以及不同地區所提供的診斷程式的影響。

19 譯註：英文原文-internalizing disorders，意指個人採用「內在化」和「壓抑」的方式來面對壓力，因而造成焦慮或憂鬱的症狀。反之，若將壓力用外顯性的方式表現出來，則可能產生行為問題、暴怒、攻擊等症狀，此乃是屬於外化疾患（externalzing disorder）。

20 譯註：英文原文-autistic spectrum disorders，預定在臺灣發行的DSM-V中文版翻譯為自閉症類群障礙。此診斷包含過去在DSM-IV一分為二的診斷-Autistic Disorder（自閉症）和Asperger Syndrome（亞斯伯格症候群）。

21 譯註：英文原文-GnRH analogues，也稱為性腺刺激素釋放素協同劑，別名柳菩林。使用此一段時間之後，會讓體內的雌激素降低至停經的濃度，此類代表性藥物有leuprolide (Leuplin depot®)及goserelin (Zoladex®)。

缺乏經驗的臨床醫生，可能將性別不安的特徵誤認為是一種妄想。從現象學而言，性別不安和妄想，或與其他精神症狀，在表現上是有本質上的差異。性別不安的兒童和青少年，絕大多數並沒有得到潛在的嚴重精神疾病，例如精神障礙（Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, published online ahead of print January 7, 2011）。

性別不安的青少年，有共存的內化疾患是很常見的，例如焦慮與憂鬱，和/或外化疾患，例如對立反抗症[22]（de Vries et al., 2010）。如同在兒童期的現象，自閉症類群障礙的盛行率，在臨床轉介之性別不安的青少年當中，似乎比在一般青少年群體的比率還要高（de Vries et al., 2010）。

在處理性別不安的兒童或青少年時，心理健康專業人員應具備的能力

對於性別不安的兒童和青少年進行衡鑑、轉介、和提供治療的心理健康專業人員，應具備以下所建議的最低資格：

一、達到在處理成人時，心理健康專業人員應具備之能力的要求，如同第七章節所列;

二、接受過兒童和青少年發展之精神病理學的訓練;

三、具備診斷和治療一般性的兒童和青少年問題的能力。

心理健康專業人員在處理性別不安的兒童或青少年時，應具備的角色

心理健康專業人員在處理性別不安的兒童或青少年時，應包括以下的角色：

一、直接對兒童和青少年進行性別不安的衡鑑（參見衡鑑的一般指引，如下）。

二、提供家庭諮商和支持性心理治療，協助兒童和青少年探索他們的性別認同，減緩與性別不安相關的困擾，並且化解任何其他的心理社會的困難。

22 譯註：英文原文- Oppositional Defiant Disorder，預定在臺灣發行的DSM-V中文版中翻譯為「對立反抗症」，要符合此診斷需要延續至少六個月出現違拗、敵視、及反抗行為。

三、對兒童或青少年任何共存的心理健康問題，進行衡鑑與治療（或轉介給其他心理健康專業人員治療）。所關注的問題應該成為整體治療計畫中的一部分。

四、為減緩性別不安而轉介青少年接受額外的生理介入治療（例如青春期抑制賀爾蒙）。轉介資料應該包括性別不安和心理健康的衡鑑報告、青少年接受生理介入治療的資格（列于下文）、心理健康專業人員的相關專長、以及其他任何與青少年的健康和轉介特定治療有關的訊息。

五、代表性別不安的兒童、青少年、和他們的家庭，在他們的社區（例如，日間照護中心、學校、營地、其他組織）進行教育和宣導。很重要的證據顯示，當兒童和青少年不符合社會上的性別規範時，在學校可能會遭受到騷擾(Grossman, D ‘Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005)，將他們至於社會孤立、憂鬱、和其他負面後遺症的風險之中（Nuttbrock et al., 2010）。

六、提供相關的資訊給兒童、青少年、和他們的家庭，以及轉介同儕支持，例如非性別常規和跨性別兒童的家長支持團體(Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002)。

兒童與青少年的衡鑑和心理社會介入治療，往往是需要一個跨領域之性別認同的專業服務。如果無法提供這樣的跨領域專業服務，心理健康專業人員應該提供諮詢，並且安排聯絡兒童內分泌專家，以便達成衡鑑、教育、和參與生理介入治療決策的目的。

兒童和青少年的心理衡鑑

針對性別不安的兒童與青少年進行衡鑑時，心理健康專業人員應該大致遵循以下的指引：

一、心理健康專業人員不應該對非常規的性別認同或性別不安的徵兆，不予以理會或表現出消極的態度。相反地，他們應該關注兒童、青少年、和他們的家庭所呈現的問題；針對性別不安和任何共存的心理健康問題，提供一個全面的衡鑑；教導個案和他們的家庭去瞭解治療的選項，如果有必要時。接納和揭開秘密，可以為性別不安的兒童/青少年和他們的家庭，解除心裏上的重擔。

二、性別不安和心理健康的衡鑑，應該包括探索兒童或青少年性別認同的本質和特徵。心理診斷和精神上的衡鑑－包含情緒功能、同儕和其他的社會關係、以及智力功能/學校成就等範疇－都應該要執行。衡鑑應該包括對家庭功能的長處和短處的評估。情緒和行為問題是相對常見的，而且兒童和青少年所處環境中，可能存在著尚未解決的問題(de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007)。

三、針對青少年，應該利用衡鑑的階段，向青少年和他們的家人告知不同治療的可能性和局限性。對於知情同意而言，這是必要的，對衡鑑也是同樣地重要。青少年對於性別重建手術之現實面所作出的反應，可以當作診斷上的資料。正確的資訊也許會改變青少年對於這類治療的渴望，如果這種渴望是基於對治療之可能性有不切實際的期待。

針對兒童和青少年之心理與社會的介入治療

針對性別不安的兒童和青少年提供支援與治療時，健康專業人員應該大致遵循以下的指引：

一、心理健康專業人員應該協助家庭，以接納和滋養的態度，回應他們的性別不安之兒童或青少年的問題。家庭在青少年的心理健康和福祉上，扮演著重要的角色(Brill & Peppe r, 2008; Lev, 2004)。此也適用於社區的同儕和教導者，他們可以成為社會支持的其他來源。

二、心理治療應該聚焦于減緩兒童或青少年與性別不安有關的困擾，並且改善任何其他的心理困擾。針對尋求變性的青少年，心理治療可以聚焦在手術之前、進行中、和手術後，給予他們支持。針對上述的情況，不同之心理治療措施的正式評估尚未被發表，但是已經描述了數種諮商的方法(Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Th ü mmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006)。

過去曾經將治療目標放在改變個人的性別認同與展現上，使其更符合出生時的指定性別，但是這樣的嘗試並沒有成功(Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964)，特別是從長期來看(Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965)。這樣的治療已經不再被認為是合乎倫理規範。

三、協助家庭處理對於他們的孩童或青少年的性心理結果，所產生的不確定與焦慮感受，以及在幫助年輕人發展正向的自我概念上予以協助。

四、心理健康專業人員不應該將二元的性別觀念強加於他人身上。他們應該給予個案足夠的空間，去探索性別展現的不同選擇。賀爾蒙或手術治療對於某些青少年而言是適當的，但是對於其他人不竟然是如此。

五、協助個案和他們的家屬做出困難的決定，包括在何種程度上允許個案展現與他們的性別認同一致的性別角色，以及性別角色和可能之社會轉換的時間點。例如，個案在就學期間僅進行部分的社會轉換（例如，反映出性別認同的穿著打扮與髮型）或完

全的社會轉換（例如，加上使用和性別認同一致的名字和別名）。困難的議題乃包括是否與何時應該告知其他人關於個案的狀況，以及生活周遭的他人又應該如何回應。

六、健康專業人員應該協助個案和他們的家屬，在與社區成員和官方機構，例如教師、學校董事會、和法院互動時，扮演教育和宣導者的角色。

七、心理健康專業人員應該努力與非性別常規的兒童/青少年和他們的家屬，在任何後續的社會轉換或生理介入治療過程，維持治療性的關係。以便確保性別展現的決定和性別不安的治療，是經過深思熟慮和反復考慮。同樣的道理也適用于在與心理健康專業人員會面之前，就已經進行社會性別角色轉換的兒童或青少年。

兒童早期的社會轉換

有些兒童陳述他們想在青春期之前，進行不同之性別角色的社會轉換。對某些兒童而言，這可能反映了他們的性別認同的展現。對於其他人，則可能是被其他的力量所驅動。每個家庭在允許他們的幼童，進行另丨種性別角色的社會轉換的程度上，是有所差異的。兒童早期的社會轉換，確實成功地發生在一些家庭之中。這是具有爭議性的議題，健康專業人員之間抱持著不同的看法。目前的證據基礎仍不足以預測，有關在兒童早期完成性別角色轉換的長期結果。針對完成早期社會轉換之兒童的研究結果，將對未來的臨床建議帶來很大的啟示。

針對幼童在改變性別角色的時間和歷程上，心理健康專業人員可以協助家庭作出決定。他們應該提供資訊，並且幫助家長衡量在特定選擇當中的潛在益處和挑戰。與此相關的是，在先前所描述的兒童期的性別不安，乃是擁有相對較低的持續發生率（Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008）。對兒童而言，變回原來的性別角色可能非常地令人困擾，甚至導致第二次社會轉換的延宕(Steensma & Cohen-Kettenis, 2011)。基於這些原因，家長可能想要將角色的改變，視為以另丨種性別角色來生活的探索，而非是成為一個不可逆轉的狀況。心理健康專業人員可以幫助家長辨識潛在之中庸或妥協（例如，只有在放假的期間）的解決之道。同樣重要的是，家長要明確地讓孩子知道有一條回頭的路。

姑且不論家庭對於轉換（時間、程度）的決定為何，當他們在面對選擇和影響的層面時，專業人員應該要給予諮商和協助。如果家長不允許他們的幼童進行性別角色的轉換，他們可能需要諮商來幫助他們，以敏銳和滋養的方式來滿足孩子的需求，並且確保孩童在安全的環境下，有充足的可能性去探索性別的感覺和行為。如果家長允許他們的幼童進行性別角色的轉換，他們可能需要諮商來幫助他們，促進孩童的正向經驗。例如，協助他們使用正確的代名詞、為他們正在進行轉換的孩童，維持一個安全與支持性的環境，以及與孩童生活領域中（例如，學校、同儕團體）的其他人進行溝通。無論屬於哪一種狀況，當孩子接近青春期時，生理介入治療的選項將變得日益重要，可能需要進一步的衡鑑。

青少年的生理介入治療

為青少年進行任何生理介入治療之前，應該要廣泛地探索心理、家庭、和社會議題，如同上述所舉。根據情況的複雜度，探索的期間可能會有所差異。

生理介入治療應該在青少年的發展脈絡下進行。有些青少年的認同信念，有可能變得穩固，而且強烈地展現出來，給人一種虛假之不可逆轉的印象。青少年轉向去符合性別規範，可能主要是為了取悅父母，而非呈現或反映出性別不安的永久改變（Hembree et al., 2009; Steensma et al., published online ahead of print January 7, 2011）。

青少年的生理介入治療分為三個類別或階段（Hembree et al., 2009）：

一、完全可逆的介入治療：此涉及到以促性腺素釋放激素類似物來抑制雌激素或睪固酮的分泌，從而延緩青春期的生理變化。替代治療的選擇包括使用孕激素（最常見的是甲羥孕酮[23]）或其他藥物（例如，螺旋內酯固醇[24]），能夠讓未使用促性腺素釋放激素類似物的青少年，減少來自於睪丸分泌之雄激素的影響。連續服用口服避孕藥（或注射甲羥孕酮）可用來抑制月經的發生。

二、部分可逆的介入治療：包括使用賀爾蒙治療，造成男性化或女性化的身體改變。某些由賀爾蒙引起的變化，可能需要重建手術來扭轉其影響的結果（例如，雌激素造成的男性女乳症狀，然而，其他的變化是不可逆轉的（例如，睪固酮造成的低沉嗓音）。

三、不可逆的介入治療：這些是指外科手術。

建議由最前面的兩個階段開始進行治療。直到青少年和他們的家長，有足夠時間去完全地理解之前的介入治療的影響，才能從一個階段向前邁向到另一個。

完全可逆的介入治療

一旦開始出現青春期的變化時，青少年便可能達到使用青春期抑制賀爾蒙的資格。為了讓青少年和他們的家長，是在充分知情下做出延緩青春期的決定，乃建議青少年至少要達到青春發育的Tanner Stage 第二階段。有些兒童可能在非常年幼的年齡（例如，9歲）

23 譯註：英文原文-medroxyprogesterone，別名醋酸甲羥孕酮、甲孕酮、口服黃體酮、安宮黃體酮。此是一種性腺抑制劑，用於與月經有關之各種情況之替代療法。常作為不能手術及復發性或轉移性之子宮內膜癌之輔助療法，停經後婦女之乳癌，攝護腺癌及伴有惡病體質之末期癌症病患使用。

24 譯註：英文原文-spironolactone，別名阿爾達克通、安體舒通、螺旋內酯甾酮、螺內酯，又稱為保鉀利尿劑。它亦是抗雄激素的藥物，它能阻止雄酮素的產生，及有效減少雙氫睪固酮的作用，故也常使用於女性形禿發患者。

，就到達這個階段。但是，這種治療措施的研究，只有涵蓋至少是12歲的兒童(Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal &Cohen-Kettenis, 2006)。

有兩個目的，讓青春期抑制賀爾蒙的介入治療具有正當性：（1）使用它們，可以讓青少年有更多的時間，去探索他們的非性別常規狀態和其他的發展議題;以及（2）使用它們能夠阻止性徵的發育，有助於進行轉換，因為假使青少年繼續尋求性別重建手術時，這是很困難或不可能被扭轉的。

抑制青春期的治療可能持續數年的期間，直到決定停止所有的賀爾蒙治療，或是轉換到使用女性化/男性化賀爾蒙治療。抑制青春期的治療，並不必然導致進行社會轉換，或是性別重建手術。

青春期抑制賀爾蒙的使用標準

允許青少年接受青春期抑制賀爾蒙，必須達到以下的最低標準：

一、青少年呈現出長期和強烈的非性別常規或性別不安的特徵（無論是壓抑或表現出來）;

二、進入青春期發育期時，造成性別不安的發生或惡化;

三、任何可能會干擾治療之共存的心理、醫療、或社會問題（例如，可能會降低治療的堅持度）都已經處理完畢，青少年的情況和功能都穩定到足以開始接受治療;

四、得到青少年的知情同意，特別是當青少年尚未達到行使醫療同意權的年齡時，需要家長或其他照顧者或監護人同意接受治療，並且在整個治療過程中支持青少年。

抑制青春期的治療、監控和風險

為了抑制青春期，對於擁有男性生殖器官的青少年，應該提供促性腺素釋放激素類似物的治療，此可停止黃體生成激素的分泌和睪固酮的分泌。或者，使用孕激素（例如甲羥孕酮）治療他們，或使用其他藥物來停止睪固酮的分泌和/或中和睪固酮的作用。對於擁有女性生殖器官的青少年，應該提供促性腺素釋放激素類似物的治療，此可以停止製造雌激素和黃體酮。或者，使用孕激素（例如甲羥孕酮）來治療他們。連續服用口服避孕藥（或注射甲羥孕酮）可以抑制月經。對這兩群體的青少年而言，使用促性腺素釋放激素類似物是首選的治療方法（Hembree et al., 2009），然而，高價位讓一些患者望之卻步。

在抑制青春期的治療期間當中，應該要小心地監測青少年的身體發育。－最好是由兒科內分泌專家執行－如此，任何必要的介入治療才能進行（例如，建立一個足以和性別相稱的身高，改善醫源性低骨骼礦物質密度譯註[25]（Hembree et al., 2009）。

早期使用青春期抑制賀爾蒙，在避免性別不安的負面社會和情緒後果上，可能比較晚使用來得更有效果。如果可行的話，青春期早期的介入治療，應該要在兒科內分泌專家的建議下進行。針對擁有男性生殖器官的青少年，在青春期開始使用促性腺素釋放激素類似物時應該要告知，此可能會導致陰莖組織無法有效地進行陰道成形手術譯註[26]（可行的替代的技術，例如可使用皮膚移植或結腸組織）。

假使既不接受抑制青春期的治療，也不允許青春期處於中性模糊的地帶。從這個方面來看，一但青春期出現了不可逆之第二性徵的發育，此將可能會折損往後的生活功能，並且數年的光陰是在經歷強烈的性別不安當中度過。從另一個方面來看，人們擔心使用促性腺素釋放激素類似物會造成負面的身體副作用（例如，骨骼的發育和身高）。雖然這個治療措施的初步結果（針對後續追蹤10年以上的青少年，進行評估的結果）是令人感到希望的(Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006)，但是長期效果，只能等早期治療的患者達到適當年齡後才能確定。

部分可逆的介入治療

青少年可能有資格開始接受女性化/男性化賀爾蒙治療，但是，最好是在父母的同意下進行。許多的國家乃規定16歲為法定的成年人，能夠不需要家長的同意而作出醫療的決定。理想的狀況是，治療應該由青少年、家庭、和治療團隊共同來決定。賀爾蒙治療使用於性別不安的青少年，乃是不同於使用在成人的身上（Hembree et al., 2009）。當賀爾蒙治療使用在青少年的身上時，隨著青春期間的身體、情緒、和心理的發展，乃需要進行調整（Hembree et al., 2009）。

不可逆的介入治療

不應該進行生殖器手術，直至（一）患者達到國家所規定的法定成年人的年齡，以及（二）患者至少已經連續12個月，以與他們的性別認同一致的性別角色生活。年齡門檻應該被視為一個最低的標準，而非當作是介入行動的指標。

譯註24 「low bone marrow density」翻譯為低骨骼礦物質密度，通稱為骨質疏鬆。
譯註25 「vaginoplasty」翻譯為陰道成形手術。

女變男（FtM）患者的胸部手術，可以較早進行，最好是在有足夠的時間，以所欲求的性別角色生活之後，並且已經接受一年的睪固酮治療。這個建議順序的目的，是為了在進行不可逆的手術之前，給予青少年充分的機會，以更陽剛的性別角色去體驗生活和進行社會調整。然而，依照青少年的特殊臨床情況和性別認同展現的目標，不同的治療措施可能會更加合適他們。

不允許青少年接受治療的風險

拒絕青少年接受及時的醫療介入，可能會延長性別不安的發生，並且造成可能引發被虐待和汙名化烙印的外觀。與性別相關的虐待層級，乃是與青春期之精神困擾的程度有緊密的關聯性（Nuttbrock et al., 2010），不允許青少年接受抑制青春期的治療，以及進一步的女性化或男性化賀爾蒙的治療，並非是一個中立的選擇。

第七章 心理健康

變性者、跨性別者、和非性別常規者，可能會基於各種理由而尋求心理健康專業人員的協助。姑且不論個人尋求照護的理由為何，心理健康專業人員在提供照護時，應該要熟悉非性別常規的樣貌，並以合宜的文化能力來應對，以及表現出敏感度。

SOC在這個章節中，乃是聚焦於在照護因為性別不安和相關問題而尋求協助的成年人時，心理健康專業人員應該扮演的角色。專業人員在處理性別不安的兒童、青少年、和他們的家庭時，應該要參考第六章節所描述的內容。

在處理性別不安的成人時，心理健康專業人員應具備的能力

為了使心理健康專業人員有能力處理性別不安的成人，訓練乃是奠基在心理健康問題的衡鑑、診斷、和治療之基本的一般臨床能力上。臨床訓練可以在任何學科中進行，以便預備心理健康專業人員執行臨床業務，例如心理學、精神醫學、社會工作、心理健康諮

商、婚姻與家庭治療、護理、或具備專門的健康與諮商訓練的家庭醫學。處理性別不安的成人時，心理健康專業人員應具備以下所建議的最低資格：

一、具備臨床行為科學領域的碩士學位或同等學歷。這種學位或更高的學位必須由國家級或區域級評審委員會所認可的機構來授予。心理健康專業人員必須領有該國相關之執照授權董事會或相當的機構所授予的證書。

二、在進行診斷時，有能力使用精神疾患診斷與統計手冊（DSM）和　國際疾病分類手冊（ICD）。

三、有能力確認和診斷共存的心理健康問題，並且從性別不安中鑒別出來。

四、提出在心理治療或諮商的專業上，接受督導訓練和能力培養的證明文件。

五、具備關於非性別常規的認同和展現，以及性別不安的衡鑑與治療的知識。

六、接受性別不安的衡鑑與治療的繼續教育。這可能包括參加相關的專業會議、工作坊、或講座；得到有相關工作經驗的心理健康專業人員的督導，或參與和非性別常規與性別不安的相關研究。

除了上述的最低資格以外，還建議心理建康專業人員能夠發展並維持文化能力，以便促進他們在處理變性、跨性別、和非性別常規的個案的能力。這可能涉及到，例如，瞭解與個案及其家庭相關之社區現況、倡議、和公共政策的議題。另外，最好是能夠擁有性學、性健康問題、以及性疾患衡鑑與治療的相關知識。

初次接觸這個領域的心理健康專業人員（不論他們的訓練水準和其他經驗），應該接受擁有性別不安衡鑑與治療能力的心理健康專業人員的監督。

在處理性別不安的成人時，心理健康專業人員所面臨的任務

心理健康專業人員根據個案的需求，提供不同的方式來服務變性者、跨性別者、和非性別常規者及其家庭成員。例如，心理健康專業人員可以是心理治療師、諮商師、或家族治療師、或是診斷者/評估者、倡議者、或教育者。

心理健康專業人員應該確定個案尋求專業協助的原因。例如，個案可能會提出以下的健康照護服務的任意組合：需要心理治療的協助，以便探索性別認同和展現，或促進「出櫃」的過程； 需要衡鑑與轉介的服務，以便接受促使女性化/男性化身體改變的介入治療；家庭成員（伴侶、子女、大家庭）需要心理的支援;或無關于性別問題的心理治療或其他的專業服務。

以下是在處理性別不安之成人的常見任務時，心理健康專業人員可以運用的一般指引：

衡鑑和轉介的相關任務

一、性別不安的衡鑑：

心理健康專業人對個案的性別不安進行衡鑑時，乃是評估他們的社會心理的適應狀況(Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009)。評估包括，至少要有，性別認同和性別不安的衡鑑、性別不安的病史和發展、非性別常規的汙名化烙印，對健康的影響、以及可從家庭、朋友、和同儕中得到的支持（例如，親身接觸或藉由網路與其它的變性、跨性別、或非性別常規的個人或團體聯繫）。衡鑑的結果可能是不符合診斷的標準、達到正式的性別不安的診斷、和/或關於個案的健康及社會心理適應的其他診斷。心理健康專業人員的角色，包括合理地確定性別不安並不是次要的診斷，或是應該被其他的診斷所取代。

先前所述之具備處理能力的心理健康專業人員（以下簡稱為執行性別不安衡鑑之“合格的心理健康專業人員”），最好是在事先已經預備。但是，這項任務可能交由另一種類型的健康專業人員來執行，其在行為健康領域上有適當的訓練，以及有能力衡鑑性別不安，特別是，當其屬於跨領域團隊中的一份子，並且協助個案取得女性化/男性化賀爾蒙治療。此類型的專業人員可能是賀爾蒙治療處方的提供者，或是屬於提供者的健康照護團隊中的一員。

二、提供關於性別認同和展現的選項，以及可能的介入治療的資訊：

心理健康專業人員有一個很重要的任務，是在教導個案有關性別認同和展現的多樣性，以及減緩性別不安的各種選項。心理健康專業人員可以促進（或轉介至其他地方）個案探索這些不同的選項，將目標放在找尋一個自在的性別角色和展現，並且一但有需要的話，對於可行的介入治療，在充分知情下作出決定。這個歷程可能包括轉介個別、家庭、和團體治療，和/或社區資源及同儕支持的管道。專業人員和個案討論任何性別角色的改變，以及接受介入治療所造成的短期和長期的影響。這些影響可以是心理、社會、生理、性方面、職業、財務、和法律等層面(Bockting et al., 2006; Lev, 2004)。

這個任務最好由一位合格的心理健康專業人員執行，但是，可能交由另一種類型的健康專業人員來執行，其在行為健康領域上有適當的訓練，並且在非性別常規的認同和展現上，以及性別不安的介入治療上，具備充足的知識。特別是，當其屬於跨領域團隊中的一份子，並且提供女性化/男性化賀爾蒙治療。

三、對於共存的心理健康問題，進行衡鑑、診斷、和討論治療的選項：

性別不安的個案可能受困于某種心理健康問題(G ó mez-Gil, Trilla, Salamero, God á s, & Vald é s, 2009; Murad et al., 2010)，不論其是否與長久的性別不安病史、和/或慢性的弱勢壓力有關。可能關注的問題，包括焦慮、憂鬱、自我傷害、虐待和忽略的過去史、強迫症、物質濫用、性問題、人格障礙、飲食障礙、精神障礙、以及自閉症類群障礙(Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009)。

心理健康專業人員對於這些及其它的心理健康問題，應該進行篩檢，並且將確定的問題納入整體的治療計畫之中。這些問題可能是造成困擾的重大來源，如果不及時治療，會讓性別認同的探索和性別不安的解決歷程變得更加複雜(Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009)。處理這些問題，可以大力地促成性別不安的解決、性別角色的可能改變、在充分知情下作出介入治療的決定、以及生活品質的改善。

有些個案可能會受益於精神的藥物治療，得以緩解症狀或治療共存的心理健康問題。心理健康專業人員被期待能夠有上述的認知，並且提供藥物治療或轉介至有開藥資格的同仁。出現共存的心理健康問題，並不妨礙性別角色的可能改變，或接受女性化/男性化賀爾蒙治療或手術;更確切地說，這些問題需要在性別不安治療之前或同時間獲得最佳的處理。

除此之外，個案作出關於醫療處遇之知情同意的能力，應該要予以評估。

合格的心理健康專業人員能夠衡鑑、診斷、和治療（或轉介治療）共存的心理健康問題。在行為健康領域有適當訓練的其他健康專業人員，特別是，當其屬於跨領域團隊的一份子，並且提供女性化/男性化賀爾蒙治療，也可以對心理健康的問題進行篩檢，以及如果有必要的話，轉介給合格的心理健康專業人員，進行完整的衡鑑和治療。

四、如果適用的話，對於賀爾蒙治療的資格、準備、和轉介進行衡鑑：

SOC提供使用女性化/男性化賀爾蒙治療標準（列於第八章節和附錄三）。心理健康專業人員可以協助考慮接受賀爾蒙治療的個案，同時做好心理的準備（例如，在明確和實際的期望下，作出充分知情的決定；準備好接受整體治療計畫的服務；包括家庭和社區），以及實際的準備（例如，經過醫生的評估，已經排除或解決了使用賀爾蒙的醫療禁忌症；已經考慮過心理社會的影響）。如果個案正處於育齡期，在開始賀爾蒙治療之前，應該對於生育的選擇（第九章節）進行討論。

非常重要的是，心理健康專業人員必須明白賀爾蒙治療是個案首要和最重要的決定－在所有的醫療照護的決定當中。然而，心理健康專業人員有責任鼓勵、指引、和協助個案，在充分知情下作出決定，並且有足夠的準備。為了更能夠支援個案的決定，心理健康專業人員必須與他們的個案建立有效的治療關係，以及獲得與他們有關的充足訊息。應該對個案進行及時和詳盡的衡鑑，以便達到減緩他們的性別不安的目標，以及為他們提供適當的醫療服務。

女性化/男性化賀爾蒙治療的轉介

人們在尋求女性化/男性化賀爾蒙治療時，可能會接洽任何一種專業的服務提供者。然而，跨性別健康照護是一個跨領域的領域，故建議由個案的整體照護團隊，來進行照護的協調與轉介。

經由合格的心理健康專業人員的轉介下，可以展開賀爾蒙治療。另外，在行為健康領域上有適當的訓練，並且有能力衡鑑性別不安的健康專業人員，可以評估進行賀爾蒙治療的資格、準備、以及轉介患者，特別是在沒有明顯共存的心理健康問題，並且是在一個跨領域團隊之下進行。健康專業人員在轉介時，要提供文書檔案－病歷和/或轉介信－患者的個人檔案和治療史、歷程、及治療資格。建議進行賀爾蒙治療的健康專業人員，乃與提供此服務的醫生，共同承擔這個決定的倫理和法律責任。

針對女性化/男性化賀爾蒙治療，轉介信的建議內容如下：

（一）可辨識個案的基本資料；

（二）個案的社會心理衡鑑，包括任何診斷的結果;

（三）健康專業人員與個案的治療關係所持續的期間，包括評估的類型及治療或諮商的日期;

（四）說明所達到的賀爾蒙治療的標準，並且簡要描述支持個案接受賀爾蒙治療的臨床理由;

（五）申明取得患者的知情同意;

（六）申明健康專業人員願意提供醫療照護上的合作，並且歡迎相關的來電詢問。

對於屬於跨領域團隊成員之一的服務提供者，可能不需要轉介信，而是必須將衡鑑結果和治療建議記載在患者的病歷當中。

五、如果適用的話，對於手術治療的資格、準備、和轉介進行衡鑑：

SOC也提供關於乳房/胸部手術和生殖器手術治療的標準（列於第九章節和附錄三）。心理健康專業人員可以協助考慮接受手術治療的個案，同時做好心理的準備（例如，在明確和實際的期望下，作出充分知情的決定；準備好接受整體治療計畫的服務；包括家庭和社區），和實際的準備（例如，在充分知情下，作出接受外科醫師進行手術的決定；安排術後照顧）。如果個案正處於育齡期，在開始賀爾蒙治療之前，應該對於生育的選擇（第九章節）進行討論。

SOC沒有說明其他外科手術的標準，例如促使女性化或男性化改變的臉部手術；然而，在整個出櫃或轉換的過程中，心理健康專業人員可以扮演重要的角色，協助他們的個案在充分知情下，對於手術的時間和影響作出決定。

非常重要的是，心理健康專業人員必須明白手術治療是個案首要和最重要的決定－在所有的醫療照護的決定當中。然而，心理健康專業人員有責任鼓勵、指引、和協助個案，在充分知情下作出決定，並且有足夠的準備。為了更能夠支援個案的決定，心理健康專業人員必須與他們的個案建立有效的治療關係，以及獲得與他們有關的充足訊息。應該對個案進行及時和詳盡的衡鑑，以便達到減緩他們的性別不安的目標，以及為他們提供適當的醫療服務。

手術治療的轉介

經由合格的心理健康專業人員的轉介下（一位或兩位，根據手術的類型），可以展開性別不安的手術治療。健康專業人員在轉介時，要提供文書檔案 －病歷和/或轉介信 －患者的個人檔案和治療史、歷程、與治療資格。建議進行手術治療的健康專業人員，乃與決定手術的外科醫生，共同承擔這個決定的倫理和法律責任。

- 進行乳房/胸部手術（例如，乳房切除手術[27]、胸部重建手術[28]、或隆乳手術[29]），必需經由一位合格的心理健康專業人員的轉介。

- 需要兩位轉介者 －由合格的心理健康專業人員獨自對患者－其需要接受生殖器手術（例如，子宮切除術[30] /輸卵管-卵巢切除手術[31]、睪丸切除手術[32]、生殖器重建手術[33]）進行衡鑑。如果第一位轉介者是患者的心理治療師，第二位轉介者就必須只是對患者進行衡鑑的人。可能會發送兩封獨立的轉介信，或一封由兩人共同簽署的信件（例如，如果在同一個診所執業）。對於每一封轉介信，乃期待能夠涵蓋以下所列的相同項目。

針對手術治療，轉介信的建議內容如下：

（一）可辨識個案的基本資料；

27 英文原文- mastectomy。
28 英文原文-chest reconstruction。
29 英文原文- augmentation mammoplasty。
30 英文原文- hysterectomy。
31 英文原文- salpingo-oophorectomy。
32 英文原文- orchiectomy。
33 英文原文- genital reconstructive surgeries。

（二）個案的社會心理衡鑑，包括任何診斷的結果;

（三）健康專業人員與個案的治療關係所持續的期間，包括評估的類型和治療或諮商的日期;

（四）說明所達到的賀爾蒙治療的標準，並且簡要描述支持個案接受賀爾蒙治療的臨床理由;

（五）申明取得患者的知情同意;

（六）申明健康專業人員願意提供醫療照護上的合作，並且歡迎相關的來電詢問。

對於屬於跨領域團隊成員之一的服務提供者，可能不需要轉介信，而是必須將衡鑑結果和治療建議記載在患者的病歷當中。

心理健康專業人員與賀爾蒙處方醫師、外科醫師、及其它健康專業人員的關係

在理想上，當心理健康專業人員執行他們的業務時，能夠和其他具有衡鑑和治療性別不安的專業人員們（同時包括心理健康照護和其他的健康學科），定期地討論進展的狀況和獲得同儕的諮詢。投入于個案的健康照護的專業人員們，應該保持合作的關係，並且需要進行協調和臨床的對話溝通。對於諮詢、轉介、和術後問題的管理，開放和一致的溝通是必要的。

心理治療的相關任務

一、對於賀爾蒙治療和手術而言，心理治療並不是一個絕對必要的要求：

如同上文所述，為了轉介性別不安的賀爾蒙和手術治療，心理健康的篩檢和/或衡鑑乃是必要的。反而言之，心理治療－雖然是強烈的建議－但並不是必須的。SOC並沒有建議在接受賀爾蒙治療或手術之前，至少要接受多少次的心理治療。這是基於各方面的原因(Lev, 2009)。首先，最低治療次數的門檻，容易被認為是一個障礙，妨礙了個人成長的真正機會。其次，心理健康專業人員是在整個探索性別認同、性別展現、以及可能的轉換的過程中－不只是在任何可能的介入治療之前，對個案提供重要的支援。第三，個案在規定的期間內，達到相似目標的能力乃是有所不同。

二、針對有性別問題的成人，其心理治療的目標如下：

心理治療的一般目標，是設法將個人的整體心理福祉、生活品質、和自我實現，提升到最大的極限。心理治療並不打算去改變個人的性別認同；而是，心理治療可以協助個人去探索性別的問題，並且設法去減緩性別不安，假使出現的話 (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004)。最典型的狀況是，治療的中心目標放在協助變性者、跨性別者、和非性別常規者，對於他們的性別認同的展現，擁有長期的自在感受，並且有真實的機會，能夠在他們的關係、教育、和工作上獲得成功。詳細的細節，請參閱Fraser (Fraser, 2009c)。

治療可能包括個人、伴侶、家庭，或團體的心理治療，對於促進同儕的支持上，後者尤其重要。

三、變性、跨性別、和非性別常規的個案的心理治療，是包括諮商和支持性別角色的改變：

尋找一個自在的性別角色，是首要和最重要的社會心理歷程。心理治療能夠在以下各個方面，對於變性、跨性別、和非性別常規的個人，提供寶貴的協助：（一）澄清和探索性別的認同與角色，（二）處理汙名化烙印和弱勢壓力，對於心理健康和人類發展的影響，（三）促進出櫃的歷程(Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004)，對有些人來說，這可能包括性別角色展現的改變，以及接受促使女性化/男性化改變的介入治療。

心理健康專業人員可以給予個人與家庭支援，以及提升人際技巧和應變的能力，因為他們乃是存活在一個尚未準備好去適應和尊重變性者、跨性別者、和非性別常規者的世界當中。心理治療也能夠減緩在篩選和衡鑑的過程中，所發現的任何共存的心理健康問題（例如，焦慮、憂鬱）。

對於打算永久地改變性別角色，以及進行社會性別角色轉換的變性者、跨性別者、和非性別常規者，心理健康專業人員能夠促成一個具有特定目標和時間表的個別化計畫。雖然改變性別角色的體驗是因人而異的，社會層面的體驗通常是具有挑戰性－比起生理層面而言。因為改變性別角色會造成重大的個人與社會的後果，這個決定應該包括覺察到在家庭、人際關係、教育、職業、經濟、和法律上，可能會面臨的挑戰，如此他們才能夠成功地發揮性別角色的功能。

許多的變性者、跨性別者、和非性別常規者在就醫時，與他們的性別認同丨致的性別角色，從來就不曾被其他人所知曉或接納過。心理健康專業人員可以幫助這些個案探索和預測改變性別角色的影響，以及邁向實現這些變化的歷程。心理治療提供一個讓個案開始展現自己的空間，而此與他們的性別認同是一致的，對於某些個案而言，則是得以克服改變性別展現的恐懼。可以在治療以外的地方，嘗試已經評估過的冒險，以便獲得新角色的體驗和建立信心。當個案向家庭和社區（朋友、學校、工作場所）出櫃時，應該給予援助。

其他的變性者、跨性別者、和非性別常規者在就醫時，已經擁有以另丨個性別角色生活的經驗（最少的、中等的，或廣泛的），此乃不同于出生時的指定性別。心理健康專業人員

可以協助這些個案，辨識和處理潛在的挑戰，並且當他們持續去展現性別角色的改變時，培養其最佳的調適能力。

四、針對家庭成員的家族治療或支持：

關於改變性別角色和性別不安的介入治療的決定，不僅只是對個案產生影響，還包括他們的家庭(Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a ; Lev, 2004)。心理健康專業人員可以幫助個案，針對他們的性別認同和治療的選擇，在與家庭成員和其他人進行溝通時，作出深思熟慮的決定。家族治療可能包括提供服務給配偶或伴侶、和孩童，以及大家庭當中的其他成員。

個案也可以要求協助他們的人際關係和性健康。例如，他們可能想要探索他們的性欲和親密關係的問題。

家族治療可能是個案的個別治療中的一部分，如果臨床上是適當的話，由同一位治療師提供服務。或者，可以轉介到具備處理家庭成員之相關專業知識的其他治療師，或同儕支援的資源（例如，線上或離線的伴侶或家庭的支援網路）。

五、整個生命歷程的追蹤照護：

在個案及家庭的生命歷程中的許多階段，心理健康專業人員乃是為他們提供服務。心理治療在不同的時間和生命週期的各種議題上，可能是有所幫助的。

六、網路治療、線上諮商、或遠距諮商：

線上諮商或網路治療，對於難以獲得充足的心理治療，以及可能會遭遇到孤立與汙名化烙印的人而言，乃是特別有效果(Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel等作者, 2004; Fraser, 2009b)。進一步來說，對變性者、跨性別者、和非性別常規者進行心理治療，網路治療可能是一個有用的方式。網路治療為潛在的增強、擴張、創意、和量身定制的服務，提供了機會；然而，因為此模式仍在持續發展中，它也可能帶來意想不到的風險。在美國某些地區的某些學科上，電子化醫療指引是很明確的(Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005)，但並非全部都是如此；在國際的情況下使用，更是很少被定義清楚的 (Maheu et al., 2005)。除非有足夠的以證據為基礎的資料，顯示此網路治療的可行性，否則仍建議須謹慎小心地使用。

建議從事網路治療的心理健康專業人員，要掌握住他們的執照董事會、專業協會、和國家規章制度的最新動態，以及有關這個快速發展的媒介的最新文獻。有關網路治療的潛在用途、流程、以及相關的倫理問題，在已經發表的文獻上有更徹底的描述(Fraser, 2009b)。

心理健康專業人員的其他任務

一、代表個案，在他們的社區（學校、工作場所、和其他組織）中進行教育和宣導，並且協助個案進行身份證明檔的變更：

一但變性者、跨性別者、和非性別常規者，具體化實踐他們的性別認同和展現時，可能在他們的專業、教育、和其他類型的領域上面臨挑戰 (Lev, 2004, 2009)。心理健康專業人員可以扮演重要的角色，針對那些場域中的人們，施行關於非性別常規之樣貌的教育，以及代表他們的個案發聲宣導 (Currah, Juang, & Minter, 2006)(Currah & Minter, 2000)。這個角色可能涉及和學校的諮商師、教師、和管理人員、人力資源人員、人事經理和雇主，以及其他組織和機構的代表，進行諮詢。此外，醫療服務提供者可能需要協助個案變更名字和/或身份證明檔的性別標記，如護照、駕駛執照、出生證明、和畢業證書。

二、提供同儕支援的訊息和轉介：

對於某些變性者、跨性別者、和非性別常規者而言，在性別展現的選擇上，同儕支持團體的體驗，比任何個別的心理治療更加有幫助(Rachlin, 2002)。上述兩者的體驗都是有價值的，對於探索性別問題的人們，如果可能的話，應該鼓勵參與社區的活動。應該要提供同儕支援的資源和訊息。

文化對於衡鑑和心理治療的影響

對於世界各地的健康專業人員而言，所處的工作環境乃是有極大的差異。在任何文化當中，促使人們尋求專業協助的困擾樣貌，以及關於它們的理解和分類，乃是人們在自己的文化背景下的產物(Frank & Frank, 1993)。在心理健康專業人員如何理解上述的情況上，文化背景同樣具有很大的決定力。性別認同和展現上的文化差異，會對患者、心理健康專業人員、以及所接受的心理治療服務造成影響。WPATH承認 SOC 是在西方的傳統文化下發展而成，故可能需要根據文化背景而予以調整。

健康照護的倫理指引

心理健康專業人員必須在某個國家被認證或擁有執照，並且根據該國的專業法規執行業務(Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011)。健康專業人員必須在處理變性、跨性別、和非性別常規個案的所有層面上，遵守他們的專業執照或認證機構的倫理規範。

過去曾經將治療目的放在試圖改變一個人的性別認同，並且使性別展現與出生時的指定性別更加一致(Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964)，但是，並沒有成功，特別是從長期來看(Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965)。這樣的治療處遇已經不再被認為是合乎倫理的。

如果心理健康專業人員對於處理變性者、跨性別者、和非性別常規者，及他們的家庭，感到不自在或經驗不足時，他們應該將個案轉介給有能力提供服務的人，或者，至少，向專業同儕諮詢。

如果當地缺乏執業者，則可以透過遠距醫療的模式來進行諮詢，以便滿足當地對遠距諮詢的需求。

健康照護的醫療可近性

由於合格的心理健康專業人員並不是到處普遍的，因此，獲取高品質的健康照護可能會受到限制。WPATH的目的是在提升醫療可近性，並且為各個學科的專業人員提供定期的繼續教育機會，使其能提供優質、專門的跨性別健康照護。透過科技的使用而從遠距離提供心理健康照護，可能是一個提升醫療可近性的方式(Fraser, 2009b)。

在世界各地的許多地方，變性者、跨性別者、和非性別常規者的醫療可近性，同樣也受限於缺乏健康保險，或其他可支付必要照護費用的方式。WPATH請求健康保險公司和其他第三方支付醫療上必要的治療，以便減緩性別不安(美國醫學協會, 2008; Anton, 2009; 世界跨性別健康專業協會, 2008)。

對於無法獲取照護服務的個案，建議轉介至提供同儕支援的資源（離線或線上）。最後，減害措施可以幫助個案作出健康的決策，進而提升他們的生活。

第八章 賀爾蒙治療

賀爾蒙治療的醫療必要性

女性化/男性化賀爾蒙治療－透過外源性內分泌製劑的投藥，促成女性化或男性化的改變－對性別不安的變性者、跨性別者、和非性別常規者而言，是必要的介入治療(Newfield, Hart, Dibble, 和Kohler, 2006; Pf ä fflin 和Junge, 1998)。有些人追求最大的女性化/男性化效果，但是，其他人則對於兼性[34]的呈現感到輕鬆自在，此乃是賀爾蒙將現存的第二性征削弱至最低程度所造成的效果(Factor 和 Rothblum, 2008)。賀爾蒙治療之心理社會結果的證據列於附錄肆。

賀爾蒙治療乃是根據患者的目標、藥物治療的風險/效益比、其他身體病況的存在、以及社會與經濟問題的考慮，因此必須是個別化的。對於不願意進行社會性別角色的轉換或接受手術治療，或者無法做到這一點的患者，賀爾蒙治療能夠帶來極大的自在感受(Meyer III, 2009)。

賀爾蒙治療是提供給某些人的建議標準，但不是針對所有的人，性別不安的手術治療也是如此（參閱第十一章節和附錄三）。

賀爾蒙治療的標準

賀爾蒙治療的展開，是在合格的健康專業人員進行心理社會衡鑑和獲得知情同意之後，如同 在SOC 的第七章節所列。必須由進行衡鑑的心理健康專業人員給予轉介，除非衡鑑是由同樣是在此領域具有資格的賀爾蒙提供者所執行。

賀爾蒙治療的標準如下：

34 譯註：英文原文-androgyny，有人翻譯為「兩性化」，譯者則採取阮芳賦教授（ 世界華人性學家協會名譽會長兼監事長 ，IASHS（Institute For Advanced Study Of Human Sexuality, San Francisco, CA, USA（高級性學研究所）性學哲學博士）之翻譯：「兼性」（androgyny）、「男性」、（masculinity）和「女性」（femininity）。Bem（1974）將androgyny定義為男性化與女性化特質都高者，並認為此類人較不受傳統性別角色的限制，較能彈性的因應環境的需要而表現適當的行為。阮芳賦教授則指出更理想的狀態是既消除男、女性別角色方面不利的「性成見」，同時又保持男、女性角色差別方面有吸引力的成分（性與社會文化：性學和社會中的性愛，巨流，2010）。

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡（如果法定年齡較小，則依循照護準則的第六章節所列）;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

正如在SOC的第七章節所指出，出現共存的心理健康問題，並不必然需要阻止接受女性化/男性化賀爾蒙治療，而是，這些問題必須在性別焦慮症的治療之前或同時進行處理。

在特定的情況下，提供賀爾蒙給不符合這些標準的患者使用，仍是可以被接受的做法。這些例子包括建立醫療監控的治療、提供有品質的賀爾蒙，取代非法或未監督的賀爾蒙使用、或是針對那些對於性別已經確認清楚的患者、以及過去已經使用賀爾蒙治療的患者。僅只因為出現血液感染疾病的血清陽性反應，例如HIV或B型或C型肝炎，因而否定賀爾蒙治療的可行性或資格，乃是不符合倫理的規範。

只有在極少數的情況下，因為嚴重的個人健康狀況，使得賀爾蒙治療成為醫療上的禁忌。健康專業人員應該協助這些患者獲取非賀爾蒙的介入治療，以便減緩性別不安。在上述那些情況下，一個熟知患者狀況的合格心理健康專業人員，乃是非常好的資源。

知情同意

女性化/男性化賀爾蒙治療，可能會導致不可逆的生理變化。因此，賀爾蒙治療只能提供給在法律上具有提供知情同意資格的人。這其中包括法院宣告擁有成年人的法律地位的「成熟未成年人」[35]、被監禁者、以及有能力參與他們的醫療決定的認知障礙者(參閱Bockting et al., 2006)。賀爾蒙治療的提供者應該在病歷記載所提供的全部資訊，以及瞭解與賀爾蒙治療有關的所有面向，此包括可能帶來的好處和風險，以及對生殖能力的影響。

35 譯註：美國法制上，病患的「同意能力」即是以「成年」（18歲）與否作為區分，並輔以「解放制度」（Emancipation）與「成熟未成年人制度」（The Mature Minor Doctrine）調和。「解放制度」是指未成年人自父母的保護監督關係之中解放出來，取得成年人的法律地位而言。而「成熟未成年人制度」則就法院允許的特定醫療行為具有同意能力，得以自行接受特定常規醫療措施，毋庸得到父母的同意（擷取自和綠華（2005），「告知後同意」原則適用於人體試驗之研究-以受試者自主權為核心，中原大學財經法律系碩士學位倫文）。

照護準則與知情同意的關係

在美國的一些社區健康中心，已經發展出提供賀爾蒙的治療方案，此乃根據眾所皆知的知情同意模式（Callen Lorde社區健康中心，2000年、2011年；Fenway社區健康跨性別建康計畫，2007年； Tom Waddell健康中心，2006年）。這些方案與WPATH照護準則第7版所提供的指引乃是一致的。SOC 是具有彈性的臨床指引，他們允許對介入治療進行裁量，以便符合個人接受服務的需求，並且根據所提供的服務措施和場所，量身訂制方案的模式(Ehrbar 和 Gorton, 2010)。

獲取賀爾蒙治療的知情同意，是照護提供者很重要的任務之一，以便確保患者瞭解賀爾蒙治療在心理和生理上的好處與風險，以及對心理社會的影響。賀爾蒙處方的提供者，或是建議賀爾蒙治療的健康專業人員，應該具備衡鑑性別不安的知識和經驗。他們應該告知個案有關賀爾蒙的獨特益處、限制和風險，並且知曉患者的年齡、先前使用賀爾蒙的經驗、以及同時發生的生理或心理健康的問題。

篩檢和處理緊急或當前的心理健康問題，是知情同意過程當中很重要的一部分。這可能是交由心理健康專業人員，或是受過適當訓練的處方提供者來執行（參閱SOC的第七章節）。可以由同一位提供者，或是其他受過適當訓練的健康照護團隊的成員（例如，護士），在必要時，處理服用賀爾蒙的心理社會影響（例如，男性化/女性化的改變對於個人的影響，以及對家人、朋友、和同事關係的潛在影響）。如果必要的話，這些提供者將進行心理治療的轉介，並且針對共存的心理健康問題，例如焦慮或憂鬱，轉介進行衡鑑與治療。

SOC第7版與知情同意模式的差異，在於SOC更加注重心理健康專業人員在減緩性別不安，以及促進性別角色的改變和心理社會的調適上，所扮演的重要角色。如果必要的話，包括施行全面的心理健康衡鑑和心理治療。知情同意模式則聚焦於取得知情同意書，此乃是在跨領域、減害情境之下，展開賀爾蒙治療的門檻。其較少強調提供心理健康的照護，除非患者對此提出要求，以及確診出重大的心理健康問題，而且必須在使用賀爾蒙處方之前得到處理。

賀爾蒙治療的生理效果

女性化/男性化賀爾蒙治療將造成生理的變化，因而能夠與患者的性別認同更加地一致。

- 在FtM患者當中，以下是預期將會發生的生理變化：聲音變低沉，陰蒂增大（變異性）、臉部和身體毛髮增生、停經、乳房組織萎縮、性欲增加、以及與肌肉品質相比較，身體脂肪的百分比較為減少。

- 在MtF患者當中，以下是預期將會發生的生理變化：乳房發育（變異性）、性欲和勃起功能下降、睪丸尺寸縮小、以及與肌肉品質相比較，身體脂肪的百分比較為增加。

無論是促成女性化或男性化的改變，大多數的生理變化都是在兩年內發生。生理變化的數量和產生效果的確切時間表，可能會有很大變異性。表1A和1B列出這些生理變化的大約時間歷程。

表 1A: 男性化賀爾蒙的效果和預期發生的時間 [A]

效果	預期發生的時間[B]	預期的最大效果[B]
皮膚油膩/痤瘡	1~6個月	1~2年
臉部/身體毛髮增生	3~6個月	3~5年
掉頭髮	＞12個月[C]	變異性
肌肉質量/力量增加	6~12個月	2~5年[D]
身體脂肪重新分配	3~6個月	2~5年
停經	2~6個月	不適用
陰蒂增大	3~6個月	1~2年
陰道萎縮	3~6個月	1~2年
聲音變低沉	3~12個月	1~2年

[A]、在Hembree等作者（2009）的同意下進行改編。版權所有2009，內分泌學會。
[B]、經由已經發表和尚未發表的臨床觀察的估計。
[C]、高度取決於年齡和遺傳；可能只有輕微的影響。
[D]、主要取決於運動量。

表 1B: 女性化賀爾蒙的效果和預期發生的時間 [A]

效果	預期發生的時間[B]	預期的最大效果[B]
身體脂肪重新分配	3~6個月	2~5年
肌肉質量/力量減少	3~6個月	1~2年[C]
皮膚柔軟/油脂減少	3~6個月	未知
性慾下降	1~3個月	1~2年
自發性勃起減少	1~3個月	3~6個月
男性性功能障礙	變異性	變異性
胸部生長	3~6個月	2~3年
睪丸體積減少	3~6個月	2~3年
精子製造減少	變異性	變異性
身體與臉部毛髮變細和生長緩慢	6~12個月	＞3年[D]
雄性禿髮	頭髮不再生長、停止掉髮1~3個月	1~2年

A、在Hembree等作者（2009）的同意下進行改編。版權所有2009，內分泌學會。
B、經由已經發表和尚未發表的臨床觀察的估計。
C、主要取決於運動量。
D、徹底清除男性的臉部和身體的毛髮，需要電解療法、雷射治療、或是兩者兼具。

生理效果的程度和比例，取決於使用的劑量、投藥的路徑、和使用的藥物，這是根據患者特定的醫療目標（例如，改變性別角色的展現、計畫進行性別重建手術），以及醫療風險的評估來作選擇。目前沒有證據顯示，對於賀爾蒙治療的反應－FtM者的聲音變得低沉可能是個例外－可以依據年齡、體型、種族、或家族外觀來準確地預測。在所有其他的因素都相同之下，仍沒有證據顯示，對於產生出所欲求的生理變化，任何醫療核准的賀爾蒙的種類或使用方法，能夠比其他方式更加地有效。

賀爾蒙治療的風險

所有的介入治療都是帶有風險。嚴重不良事件[36]的可能性取決於諸多因素：藥物本身、劑量、投藥的路徑、以及患者的臨床特徵（年齡、共病疾患、家族病史、健康習慣）。因此，無法去預測不良事件是否會發生在某個患者身上。

針對變性、跨性別、和非性別常規的群體，女性化/男性化賀爾蒙治療的相關風險，乃摘要於表2之上。

根據證據力的程度，風險的分類如下：（一）使用賀爾蒙治療，極可能（likely）增加的風險（二）使用賀爾蒙治療，有可能（possibly）增加的風險，或（三）尚未有結論或不會增加風險。最後一個類別，包括那些可能會出現的風險，但是證據力過於薄弱而無法下明確的結論。

關於這些風險的更多細節，可以查閱附錄貳，此乃是根據男性化/女性化賀爾蒙治療的兩個綜合性、以證據為基礎的文獻回顧(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)，以及一個大型的世代研究（Asscheman et al., 2011）。這些文獻回顧，連同其他廣為人知、已經發表的臨床資料，可以作用賀爾蒙提供者的詳細參考資料(Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaberi, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007)。

36 譯註：根據臺灣於2000年公告的「藥品優良臨床試驗準則」，相關的名詞定義如下：
◎不良事件(Adverse Event，AE)：受試者參加試驗後所發生之任何不良情況，此不良情況與試驗不一定具有因果關係。
◎嚴重不良事件(Serious Adverse Event，SAE)：因試驗致發生下列嚴重不良反應者，如死亡、危及生命、造成永久性殘疾、胎嬰兒先天性畸型、導致病人住院或延長病人住院期間、其他可能導致永久性傷害需作處置者。

表 2: 賀爾蒙治療的相關風險。以粗體顯示的專案乃是達到臨床上的顯著意義。

風險程度	女性化賀爾蒙	男性化賀爾蒙
極可能增加的風險	**靜脈血栓疾患**[A] 膽結石 肝臟酵素升高 體重增加 **高三酸甘油脂血症**	**紅血球增多症** 體重增加 痤瘡 雄性禿髮（禿頭） 睡眠呼吸暫停症
當其他危險因子[B] 存在時， 極可能增加的風險	心臟血管疾患	
有可能增加的風險	高血壓 高泌乳素血症或 **泌乳素瘤**[A]	肝臟酵素升高 **高血脂症**
當其他危險因子[B] 存在時， 極可能增加的風險	**第二型糖尿病**[A]	**造成某些精神疾病的不穩定**[C] **心臟血管疾患** **高血壓** **第二型糖尿病**
不會增加風險或 尚未有結論	**乳癌**	骨質密度減少 **乳癌** **子宮頸癌** **卵巢癌** **子宮癌**

A、口服女性賀爾蒙的風險，比經由皮膚吸收（transdermal）的方式來得大。
B、其他風險因數乃包括年齡。
C、包括雙極型疾患、分裂情感障礙症、以及其他包含躁症或精神症狀的疾病。這個不良事件的發生，似乎與高劑量的投藥，或體內的睪固酮血液濃度過高有關。

賀爾蒙處方醫師的能力，以及與其他健康專業人員的關係

女性化/男性化賀爾蒙治療，最好是在完整的健康照護措施之下執行，此包括全面的基層醫療照護，以及與社會心理問題相配合的措施。(Feldman & Safer, 2009)。在賀爾蒙

治療的起初，並不需要進行心理治療或持續性的諮商，如果治療師參與其中，則建議健康專業人員之間要定期地進行溝通（在患者的同意之下），以便確保在轉換的過程中，生理和心理社會層面都同時順利進行。

在適當的訓練之下，女性化/男性化賀爾蒙治療可以由不同的提供者來執行，包括護士和基層醫療照護的醫生(Dahl et al., 2006)。為了維持賀爾蒙治療而就醫，此乃造就了一個機會，可以為經常缺乏醫療服務的人們，提供更廣泛的照護 (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000)。許多的篩檢服務和與長期使用賀爾蒙有關之共病疾患的管理，例如，心血管疾患的危險因數和癌症篩檢，大都是屬於基層醫療照護的範圍，而不是專科的照護。(美國家庭醫師學會, 2005; Eyler, 2007; 世界衛生組織, 2008)，特別是在缺乏專門的性別團隊或專科醫師的地方。

為了提供尋求賀爾蒙治療的變性者、跨性別者、和非性別常規者，所需的跨領域照護，以及解決因著分裂片段的照護而產生的困難（世界衛生組織，2008），在女性化/男性化賀爾蒙治療的領域上，WPATH大力地鼓勵增加培訓，以及層醫療照護者的參與。如果賀爾蒙治療規定給專門的人執行，則應該要與患者的基層醫療照護提供者，進行密切的溝通。相反地，如果基層醫療照護醫生並沒有此類賀爾蒙治療的經驗，或是如果患者先前就患有代謝性或內分泌疾患，而可能會受到內分泌治療的影響，如此，有經驗的賀爾蒙提供者或內分泌專家則應該要參與其中。

雖然正式的跨性別醫療培訓計畫還不存在，賀爾蒙提供者有責任去獲得這個領域的適當知識和經驗。臨床醫生借著與經驗豐富的提供者，共同來照護或向其諮詢，或是在展開賀爾蒙治療之前，只提供有限種類的賀爾蒙治療，如此可以增加他們在提供女性化/男性化賀爾蒙治療的經驗和自在感受。因為這個醫學領域仍在持續發展中，臨床醫師應該要熟知並且要與醫學文獻的知識同步，以及與同事討論新興的議題。可以透過WPATH和其他國家/地方組織所建立的網路，進行上述的討論。

賀爾蒙處方醫師的任務

在一般情況下，臨床醫師開立賀爾蒙治療時，應該執行下列事項：

一、執行初始評估，其中包括討論患者的生理轉換目標、健康史、身體檢查、風險評估、以及相關的實驗室檢查。

二、與患者討論女性化/男性化藥物的預期效果，以及對健康之可能的不良影響。這些影響包括降低生育力(Feldman 和 Safer, 2009; Hembree 等作者, 2009)。因此，在展前開始賀爾蒙治療之前，應該和患者討論生殖的選擇（參見第九章節）。

三、確認患者有能力理解治療的風險和利益，並且能夠在充分知情下，做出醫療照護的決定。

四、提供持續的醫療監控，包括定期的生理和實驗室檢查，以便監控賀爾蒙的療效和副作用。

五、需要與患者的基層醫療照護者、心理健康專業人員及外科醫生進行溝通。

六、如果有需要，可以提供患者一份簡短的書面聲明，表明他們正在接受醫療的監督和照護，包括接受女性化/男性化賀爾蒙治療。特別是在賀爾蒙治療的早期階段，患者可能希望整天攜帶此份聲明文件，以便避免面對員警和其他官方當局時所產生的困難。

需要根據臨床的狀況來提供賀爾蒙（參見下文），有些任務是較不相干的。接受諮商、身體檢查、和實驗室評估應該至何種程度，必須要依照患者的需要來予以個別化處理。

賀爾蒙治療的臨床狀況

在有些情況下，醫生可能被要求提供賀爾蒙，然而，並非是展開或維持長期的女性化/男性化賀爾蒙治療。認知到這些不同的臨床狀況（參見下文，從最低到最高的複雜程度），有些臨床醫生在面對女性化/男性化賀爾蒙治療時，可能會感到沒有能力去提供這種治療。

一、賀爾蒙治療的銜接：

無論是由其他臨床醫生開立處方，或是透過其他方式獲得（例如，在網路上購買），患者在就診前，可能已經接受過賀爾蒙治療。臨床醫生可以提供有限的（1~6個月）的賀爾蒙處方，並且協助患者找到可以開立長期賀爾蒙治療處方的提供者。提供者應該要評估患者目前之治療方案的安全性，以及藥物的交互作用，當有必要時，以更安全的藥物或劑量替代之(Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009)。如果賀爾蒙是先前開立的處方，應該要求查閱醫療記錄（在患者的同意之下），以便獲知基準線的檢查和實驗室的檢驗，以及任何不良事件的結果。賀爾蒙提供者也應該要與任何正在照護患者的心理健康專業人員，進行溝通。如果患者從未進行過SOC所建議的心理衡鑑（參閱第七章節），在適當且可行之下，臨床醫生應該轉介患者至合格的心理健康專業人員 (Feldman & Safer, 2009)。提供者需要讓患者瞭解，銜接的賀爾蒙處方只限於在銜接治療的過渡期間內開立。

二、性腺切除後的賀爾蒙治療：

在卵巢切除手術或睪丸切除手術之後，進行雌激素或睪固酮的賀爾蒙替代療法，通常是持續終生的，除非是出現醫學上的禁忌症。由於在這些手術之後，賀爾蒙的使用劑量通常會降低(Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003)，而且只需要隨著年齡和共病的健康問題來進行調整，在這種情況下的賀爾蒙處置，非常類似於任何性腺功能低下之患者的賀爾蒙替代療法。

三、性腺切除前的賀爾蒙維持治療：

當患者使用賀爾蒙而達到最大之女性化/男性化改變的效益後（通常是兩年或兩年以上），他們仍持續接受賀爾蒙的維持劑量。維持劑量乃根據健康情形、老化、或其他方面的考慮，例如因應生活方式的改變而進行調整(Dahl et al., 2006)。當接受賀爾蒙維持治療的患者就診時，提供者應該要評估患者目前的治療方案的安全性，以及藥物的交互作用，當有必要時，以更安全的藥物或劑量替代之。患者應該持續接受定期的生理檢查和實驗室檢測的醫療監控，如同在文章中所描述的(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。當患者有任何健康狀況的改變，以及有證據顯示出現賀爾蒙的潛在長期風險時，則應該要定期的重新評估賀爾蒙的劑量和形式（參閱賀爾蒙的治療方案，如下）。

四、展開女性化/男性化賀爾蒙治療：

在這種臨床情況，需要提供者在時間和專業上給予最大的承諾。賀爾蒙治療必須是個別化的，此乃根據患者的目標、藥物的風險/效益比、其他身體病況的存在、並且考慮社會和經濟的問題。雖然已經出版各種賀爾蒙的治療方案(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003)，但是，比較安全性和有效性的隨機取樣的臨床試驗報告，仍尚未出版。儘管存在著這些變異，基於上述有效性和安全性的證據，仍可以建構出合理的賀爾蒙治療的初始風險評估，以及持續監控的架構。

展開賀爾蒙治療的風險評估和調整

賀爾蒙治療的初始評估乃是衡鑑患者的臨床目標，以及與賀爾蒙相關之不良事件的危險因素。進行風險評估的期間，患者和臨床醫生應該訂定一個盡力降低風險的計畫，無論是在開始治療之前，或是成為減害計畫的一部分。

所有的評估應該涵蓋徹底的身體檢查，包括體重、身高、和血壓。對變性者、跨性別者、和非性別常規者而言，乳房、生殖器、和直腸的檢測是一個敏感的問題，應該根據個人的風險和預防保健的需求而執行(Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007)。

預防保健

賀爾蒙的提供者應該為患者提供預防保健，特別是當患者沒有基層照護的提供者時。對於受到賀爾蒙治療影響的狀況，需要根據患者的年齡和風險，進行適當的篩檢或檢測。在理想的情況下，這些篩檢應該在展開賀爾蒙治療之前執行。

女性化賀爾蒙治療的風險評估和調整(MtF)

基本上，女性化賀爾蒙治療並沒有絕對的禁忌症，然而，絕對的禁忌症是存在於各類促成女性化的藥物上，尤其是雌激素。這些包括靜脈血栓事件[37]，此乃是與潛在的高凝血狀態、對雌激素敏感的腫瘤病史、以及末期慢性肝病有關 (Gharib et al., 2005)。

其他的身體病況，如同注記於表2和附錄貳之上，會因為雌激素或雄激素的阻斷而更加地惡化，因此，應該在展開賀爾蒙治療之前，進行評估和良好的控制(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。臨床醫生應該特別注意香煙的使用，因為它是與增加靜脈血栓的風險有關，當使用雌激素時會更增加此風險。患有心血管或腦血管疾病的患者，最好是尋求心臟病專家的諮詢。

實驗室數值的基準線，對於評估初始風險和未來可能出現的不良事件，是非常的重要。初始的實驗室檢測，應該根據表2所列之女性化賀爾蒙治療的風險，不僅是患者個人的風險因數，還包括家族病史。目前已經出版了所建議之初始的實驗室檢測(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。當運用在資源有限的個案或醫療照護系統，以及其他健康的患者身上時，這些是可以被修正。

男性化賀爾蒙治療的風險評估和修正(FtM)

睪固酮治療的絕對禁忌症包括懷孕、不穩定的冠狀動脈疾病、以及血球容積為55%或更高的惡性紅血球增多症[38] (Carnegie, 2004)。由於睪固酮在芳構化[39]的過程中會轉變為雌激素，對於有乳癌病史，或其他雌激素相關之癌症的病患，可能會造成風險的增加（Moore et al., 2003），因此在使用賀爾蒙之前，需要向腫瘤專家進行諮詢。睪固酮的使用可能會加劇共病的現象，理想的狀況是在開始賀爾蒙治療之前，應該要進行評估和治療。(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。患有心血管或腦血管疾病的患者，最好是尋求心臟病專家的諮詢。

有注意到在FtM患者當中，即使是沒有使用睪固酮，仍會增加多囊性卵巢症候群（polycystic ovarian syndrome (PCOS)）的盛行率 (Baba et al., 2007; Balen,

37 英文原文- venous thrombotic events。
38 英文原文- untreated polycythemia。
39 英文原文- aromatization。翻譯為芳構化，或芳香化、環氧化作用。

Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997)。並沒有證據顯示PCOS與變性者、跨性別者、和非性別常規者的發展有關，PCOS乃是與糖尿病、心臟病、高血壓、卵巢癌和子宮內膜癌的風險增加有關聯(Cattrall & Healy, 2004)。在睪固酮治療開始之前，應該對PCOS的徵兆和症狀加以評估，因為睪固酮可能影響這些狀況。由於睪固酮會影響發育中的胎兒(醫生用藥參考書（Physicians ‘ Desk Reference），2011)，故有懷孕風險的患者，需要進行有效的避孕。

實驗室數值的基準線，對於評估初始風險和未來可能出現的不良事件，是非常的重要。初始的實驗室檢測，應該根據表2所列之男性化賀爾蒙治療的風險，不僅是患者個人的風險因數，還包括家族病史。目前已經出版了所建議之初始的實驗室檢測(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。當運用在資源有限的個案或醫療照護系統，以及其他健康的患者身上時，這些是可以被修正。

賀爾蒙治療的療效和不良事件的臨床監控

在使用賀爾蒙的期間，臨床監控的目的是評估女性化/男性化的程度，以及可能出現的藥物的不良影響。然而，任何長期用藥的監控，應該在全面的健康照護之下進行。目前已經出版了所建議的臨床監控方案(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。對於同時存在身體病況的患者，可能需要更密集地監控。對於居住在地理上相對遙遠或資源貧乏地區的健康患者，可以使用替代策略，例如遠距醫療、或與當地的提供者，諸如與護士及醫師助理合作。在沒有其他的情況下，健康專業人員可以優先監控那些極可能（likely）因賀爾蒙治療而增加的風險，或是有可能（possibly）因賀爾蒙治療而產生的嚴重的臨床疾病。

女性化賀爾蒙治療的療效和風險監控(MtF)

臨床反應是賀爾蒙療效的最佳評估：患者是否發展出女性化的身體，同時減少男性特徵，而且與患者的性別目標是丨致的？為了更迅速地預測能達到臨床反應的賀爾蒙劑量，可以測量睪固酮的水準，使之低於正常女性範圍的上限之下，並且將雌二醇的水準，維持在停經前女性的範圍內，但低於生理水準的上限(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

不良事件的監控應該包括臨床和實驗室的評估。後續追蹤應該包括審慎評估心血管功能減損的徵兆及靜脈血栓症（VTE）的症狀，可以透過血壓、體重、和脈搏的測量；心臟和肺臟的檢查；以及四肢末梢水腫、局部腫脹、疼痛的檢查(Feldman & Safer, 2009)。實驗室監控應該根據上述賀爾蒙治療的風險、患者個人的共病疾患和危險因數、以及特定的賀爾蒙療法本身的風險。目前已經出版了專門的實驗室監控方案(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

男性化賀爾蒙治療的療效和風險監控(FtM)

臨床反應是賀爾蒙療效的最佳評估：患者是否發展出男性化的身體，同時減少女性特徵，而且與患者的性別目標是丨致的？臨床醫生借著將睪固酮的水準維持在正常男性的範圍內，同時避免高過生理水準的上限，而能夠達到最佳的臨床反應，以及不良事件的最低發生率(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009)。對於以肌肉注射(IM)）的方式，注射丙醯睪丸素注射液[40]或庚酸睪酮注射液[41]的患者，有些醫生會檢測週期的谷底水準，其他人則喜歡檢測中段的水準(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003)。

不良事件的監控應該包括臨床和實驗室評估。後續追蹤應該包括審慎評估體重過度增加、痤瘡、子宮出血、心血管功能減損的徵兆和症狀，以及高危險患者的精神病症狀。生理檢查應該包括血壓、體重、脈搏和皮膚的測量；以及心臟和肺臟的檢查(Feldman & Safer, 2009)。實驗室監控應該根據上述賀爾蒙治療的風險、患者個人的共病疾患和危險因數、以及特定的賀爾蒙療法本身的風險。目前已經出版了專門的實驗室監控方案(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

賀爾蒙的治療方案

迄今為止，有關生理轉換的安全性和有效性的評估，目前仍尚未進行任何的女性化/男性化賀爾蒙治療的臨床對照試驗。因此，已經發表在醫學文獻中的賀爾蒙劑量和種類，乃是有很大的差異 (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997)。此外，在使用特定的藥物上，可能會受到患者的地理位置和/或社經狀況的限制。基於這些原因，WPATH並不描述或認可特定之女性化/男性化賀爾蒙的治療方案。相反地，乃是廣泛地評論在多數已經出版的治療方案當中，所使用的藥物類別和給藥途徑。

正如上文所述，在各種治療方案的個別專案當中，是有安全上的差異性。內分泌學會指引（Hembree et al., 2009）和Feldman及Safer（2009），為了患者所欲求的性別展現（基於完全女性化/男性化的目標），對於賀爾蒙的種類，以及將賀爾蒙水準維持在生理範圍內的建議劑量，提供了具體的指導。我們強烈地建議，賀爾蒙提供者必須定期查閱文獻中的最新訊息，並且在使用藥物時，使用在地可行的資源，安全地滿足各個患者的需求。

---

40 譯註：英文原文- testosterone cypionate，別名持效睪丸素注射液、睪酮注射液。
41 42譯註：英文原文- enanthate，別名庚酸睪丸素。

女性化賀爾蒙的治療方案(MtF)

雌激素

使用口服雌激素，特別是雌性激素黃體素[42]，會增加靜脈血栓症（VTE）的風險。基於安全的考慮，女性化賀爾蒙治療並不建議使用雌性激素黃體素。對於有VTE危險因數的患者，乃建議使用經由皮膚吸收的雌激素。高劑量將增加不良事件的風險，特別是導因于超過生理水準而造成的結果（Hembree et al., 2009）。有共病疾患的患者容易受到雌激素的影響，應該盡可能地避免口服雌激素，並且從較低的水準開始使用。有些患者可能無法安全地使用達到所欲求結果的雌激素水準。在展開賀爾蒙治療之前，可能需要與患者進行充分的討論。

降低雄性激素的藥物（“抗雄性激素”）

雌激素和“抗雄性激素”的結合，是最常被研究的女性化治療方案。各式各樣降低雄激素的藥物，不論是在降低內源性睪固酮的水準，或是睪固酮的作用上，都會造成影響，進而減少男性的特徵，例如體毛。將抑制睪固酮所需要的雌激素劑量，降低至最低的水準，如此可以降低與高劑量的外源性雌激素相關的風險(Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989)。

常見的抗雄性激素包括以下種類：

- 螺旋內酯固醇、抗高血壓劑，乃是直接地抑制睪固酮的分泌，以及雄激素與受體的結合。因為潛在的高鉀血症，故需要對血壓和電解質進行監測。
- 醋酸環丙孕酮[43]是一種具有抗雄性激素性質的孕激素化合物。由於擔心潛在的肝毒性，故在美國並未核准這類的藥物，但它仍被廣泛用於其他的地方(De Cuypere et al., 2005)。
- 促性腺素釋放激素拮抗劑（例如，戈舍瑞林[44]、布舍瑞林[45]、曲普瑞林[46]）屬於神經賀爾蒙，能夠阻斷促性腺素釋放激素釋放賀爾蒙受體，從而阻斷促卵泡激素[47]和促黃體激

42 譯註：英文原文- ethinyl estradiol，通常的治療項目為杜絕經期症狀、女性生殖腺功能不足、抗乳癌、前列腺癌腫瘍。
43 譯註：英文原文- Cyproterone acetate，別名環丙孕酮、甲撐氯地孕酮、色普龍。
44 譯註：英文原文- goserelin，常見的商品名為“諾雷德（Zoladex）”。
45 譯註：英文原文- buserelin，常見的商品名為“安萬特（Hoechst）”。
46 譯註：英文原文- triptorelin，別名垂普托雷林、達菲林、達必佳。
47 英文原文- follicle stimulating hormone。

素[48]的釋放。此能夠達到封鎖性腺的最大效果。然而，這些藥物的價格昂貴，而且只能經由注射或植入的方式投藥。

- 5-α還原酶抑制劑[49]（菲那雄胺[50]和度他雄胺[51]）能夠阻止睪固酮轉變為更具活性作用的型態，5-α-雙氫睪酮[52]。這些藥物可以有助於減少掉發、體毛的生長、皮脂腺和皮膚的平衡。

- 環丙孕酮和螺旋內酯固醇是最常被使用的抗雄性激素，而且可能是最符合成本效益的。

孕激素

除了環丙孕酮以外，將孕激素使用於女性化賀爾蒙治療上，仍是有爭議的（Oriel, 2000）。由於孕激素作用於細胞上而促使乳房的發育，有些醫生認為這些是乳房發育所必要的媒介（Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000）。然而，女性化治療方案的臨床比較發現，使用孕激素與否，既不會增強乳房的發育，也不會降低血清游離睪固酮的水準(Meyer III et al., 1986)。孕激素的潛在不利影響有，包括憂鬱症、體重增加、血脂變化（Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003）。孕激素（特別是甲羥孕酮）也被懷疑會增加婦女罹患乳癌的風險，以及心血管疾病的風險（Rossouw et al., 2002）。微粉化的黃體酮可能具有更好的耐受性，故在對於血脂的影響上，比甲羥孕酮更為有利(de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace,和Wiita, 2000)。

男性化賀爾蒙的治療方案(FtM)

睪固酮

睪固酮通常可以口服、皮膚吸收、或非口服(注射（IM））的方式投藥，雖然經由口腔頰膜和植入也是可行的方式。口服的睪固酮烯酸酯[53]可在美國境外購買，比非口服製劑更能降低血清睪固酮的水準，但對於抑制月經的效果卻是有限（Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003）。由於肌肉注射丙醯睪丸素注射液或庚酸睪酮注射液，通常是每2-4周進行丨次，有些患者可能會注意到週期性變化的影響（例如，在注射週期的結束出

48 英文原文- luteinizing hormone。
49 英文原文- 5-alpha reductase inhibitors。
50 譯註：英文原文- finasteride，別名非那甾胺，原本是治療良性攝護腺肥大的藥物，也被使用來治療雄性禿。常見的商品名為“保康絲(柔沛)（Propecia）”
51 譯註：英文原文- dutasteride，作為良性前列腺增生、雄性禿等的治療藥物，常見的商品名為“適尿通（Avodart）”。
52 英文原文-5- alpha-dihydrotestosterone。
53 英文原文- testosterone undecenoate。

現疲勞和煩躁，在注射週期的開始出現攻擊或亢奮的心情），以及更多的時候，睪固酮的水準都是在正常的生理水準以外（Jockenh ö vel, 2004）。若改以較低劑量但更加頻繁的使用，或每日使用經由皮膚吸收的製劑，則可以減緩上述的不適(Dobs et al., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag et al., 2004)。肌肉注射睪固酮烯酸酯（目前在美國尚未核准）能夠維持穩定的狀態，至多可維持生理的睪固酮水準達12個星期之久，對於使用在性腺功能低下症[54]和FtM個體的身上，是具有功效的(Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006)。

有證據顯示，經由皮膚吸收和肌肉注射的睪固酮，都能達到類似的男性化結果，雖然皮膚吸收製劑的時間較為緩慢（Feldman, 2005, April）。特別是隨著患者的年齡增長，我們的目標是以最低的劑量來維持所欲求的臨床效果，並且作出適當的預防措施，以便維持骨骼的密度。

其他藥物

甲羥孕酮是最常使用的孕激素，在賀爾蒙治療的初期，可以短期地使用於協助月經的停止。GnRH結抗劑的使用也類似於此，而且對於沒有婦科方面異常的患者，也可以使用來治療難治型的子宮出血。

生物賀爾蒙和賀爾蒙複方製劑

將生物同質性賀爾蒙[55]運用于停經後的賀爾蒙替代療法上，相關的討論日益升高，同時，也增加了將類似的化合物，使用於女性化/男性化賀爾蒙治療的興趣。尚未有證據顯示，客制化的複方製劑[56]，比政府部門核准的生物賀爾蒙，更加地安全或更有效果(Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011)。因此，北美更年期協會（North American Menopause Society）（2010）已經表示，不論賀爾蒙是否來自於藥房的調配，如果作用的成分是相似的，就應該有類似的副作用說明書。WPATH乃是同意此看法。

賀爾蒙治療之心理社會效果的證據，摘要於附錄肆上。

54 英文原文- hypogonadism。
55 譯註：英文原文- bioidentical hormones，常簡稱為生物賀爾蒙。請參考附錄壹。
56 譯註：英文原文-custom compounded。以美國為例，由藥廠製造的生物同質性賀爾蒙，必須獲得美國食品藥物管理局(FDA)核准，並且以標準劑量銷售。某些專門藥局會依照每個病患的差異來予以調配，由於這些「客制化」的複方製劑缺乏「標準化」，因此無法獲得FDA核准。然而，客制化的賀爾蒙製劑，對於那些對FDA核准產品成分過敏，或無法耐受標準劑量者而言，是非常需要的。

第九章 生殖健康

許多變性者、跨性別者、和非性別常規者想要擁有孩子。由於女性化/男性化賀爾蒙治療會限制生育能力(Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999)，患者乃希望在展開賀爾蒙治療或進行生殖器官切除/改變手術之前，作出有關生育的決定。已知有些人在接受賀爾蒙治療和生殖器手術之後，後悔無法生育與自己有血緣關係的子女(De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002)。

健康照護專業人員－包括建議賀爾蒙治療或手術的心理健康專業人員、開立賀爾蒙處方的醫生、以及外科醫生－應該在展開性別不安的藥物治療之前，與患者討論生殖的選擇。即使在治療的期間當中，患者對那些議題並不感到興趣，仍應該要進行討論，此在年輕的患者身上尤為常見(De Sutter, 2009)。越早討論越好，但並非都可以如此行。如果個人沒有進行完全的性別重建手術，有可能在停止使用賀爾蒙到達一定的時間之後，能夠讓生殖賀爾蒙恢復，進而產生成熟的配子(Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001)。

除了辯論和發表意見的文章以外，關於使用不同的性別不安治療藥物而產生之生殖健康問題的研究論文，乃是鮮少被發表的。患有惡性腫瘤的另一群人，需要被移除生殖器官，或使用具有破壞力的放射或化學治療，因著性腺的喪失或損害，而面臨著保留生育功能的需求。從這類群體當中所獲得的經驗，可以應用于性別不安患者的治療上。

對於MtF的患者，特別是那些尚未生育的人，應該要告知有關保存精子的選擇，並且鼓勵他們考慮在賀爾蒙治療之前儲存精子。在一個針對睪丸暴露于高劑量雌激素的研究(Payer et al., 1979)，研究的結果顯示在停止雌激素之後，仍有可能恢復睪丸的功能。在一篇有關MtF患者對於冷凍精子之意見的報導（De Sutter et al., 2002），報導顯示121個受訪者當中，絕大多數的人都認為冷凍精子的可行性，應該交由醫學界討論並且提供協助。即使精液的品質不佳，仍應該對於冷凍保存的方式進行討論。精子的收集應該在賀爾蒙治療之前，或停止治療且精子數量增加之後。對於無精症[57]的成人患者而言，進行睪丸活體檢查，並且將含有精子的活體組織予以冷凍保存，是有可能的，但也許並不會成功。

FtM患者的生殖選擇可能包括卵母細胞（卵）或胚胎的冷凍保存。冷凍的配子和胚胎，可以在日後經由代理孕母進行懷孕。在一個關於多囊性卵巢疾患[58]婦女的研究，研究結果

57 英文原文- azoospermia。
58 英文原文- polycystic ovarian disease。

顯示借著高水準之睪固酮的效果，可以恢復部分的卵巢功能(Hunter & Sterrett, 2000)。若短暫地停止睪固酮的使用，可能使卵巢恢復功能而產生出卵子;成功率取決於患者的年齡和睪固酮的治療期間。雖然沒有經過系統性的研究，但是，有些FtM患者已經開始身體力行，而且有些人已經成功地懷孕，以及生育子女(More, 1998)。

應該告知患者，這些技術並非在各地都是可行的，而且有可能是非常地昂貴。然而，不應該以任何的理由拒絕變性者、跨性別者、和非性別常規者的生殖選擇。

青春期之前或青春期的青少年，是另一組特殊的群體，因為使用阻斷劑或跨越性別的賀爾蒙，將造成先天的性系統永遠不會發展出生殖的功能。目前並沒有保留這些人的性腺功能的技術。

第十章 嗓音和溝通治療

口語（verbal）和非口語（non-verbal）的溝通，是人類行為和性別展現的重要層面。變性者、跨性別者、和非性別常規者，可能會尋求嗓音和溝通[59]專家的協助，以便發展聲音的特徵（例如，音調、語調、共鳴、語言的速率、措辭模式）以及非口語的溝通模式（例如，手勢、姿勢/動作、臉部表情），而能夠增加對於性別認同的自在感受。嗓音和溝通治療可能有助於減輕性別不安，並且達到使患者以正面和激勵的步伐，邁向實踐自己的性別角色的目的。

在處理變性者、跨性別者、和非性別常規者時，嗓音和溝通專家應具備的能力

所謂的專家是包括語言（language）病理學專家、言語（speech）治療師、和言語-嗓音醫生。在大多數的國家，語言病理學專家協會的會員，乃需要特定的資格和證書。有些國家的政府，透過核發執照、資格認證、或登記的程式來控管（美國聽語學會[60]，2011

59 英文原文- voice and communication。
60 英文原文- American Speech-Language-Hearing Association。

年；加拿大語言病理學專家和聽力學專家協會[61]；英國言語治療師皇家學院[62]；澳洲言語病理學會[63]；加拿大，不列顛哥倫比亞省，溫哥華，溫哥華沿岸衛生局）。

在處理變性者、跨性別者、和非性別常規者時，嗓音和溝通專家應具備以下所建議的最低資格：

一、對於變性、跨性別、和非性別常規個案的衡鑑及溝通技巧的發展上，有專門的訓練和能力。

二、對於跨性別者的健康有基本的瞭解，包括女性化/男性化賀爾蒙與手術治療，和SOC所指出之跨性別的特殊心理社會問題，以及熟知具有性別敏感度的基本方案，例如使用首選的性別代名詞和名稱（加拿大語言病理學專家和聽力學專家協會；英國言語治療師皇家學院；澳洲言語病理學會）。

三、接受有關變性、跨性別、和非性別常規個案的衡鑑及溝通技巧之發展的繼續教育。這可能包括出席專業會議、工作坊、或講座；參加有關性別認同議題的研究；自主學習;或接受經驗豐富且經過認證的臨床醫師的指導。

其他專家，例如聲樂教練、戲劇專家、歌唱教師、和動作專家，都可能扮演重要的輔助作用。這些專家最好擁有與語言病理學專家合作的經驗，或是積極地與之配合。

衡鑑和治療的注意事項

嗓音和溝通治療的總體目標，是幫助個案調整他們的聲音，使用既安全又可靠的模式進行溝通，並且能夠讓個案感到是與他們的性別認同一致的，以及反映出他們的自我概念(Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006)。很重要的是，對於個人的溝通喜好，嗓音和溝通專業人員必須要具有敏感度。 溝通是指 – 風格、聲音、語言的選擇，等等。

一是個別化的。不應該勸告個人，去採取令他們感到不自在或不可靠的行為模式。專家應該花時間去瞭解個人的性別問題，以及性別角色展現的目的，才能夠為個案提供最佳的服務（美國聽語學會，2011年；加拿大語言病理學專家和聽力學專家協會；英國語言治療師皇家學院；澳洲語言病理學）。

個人可以按照著自己的性別認同，選擇所希望獲得的溝通模式。此乃是借著嗓音和溝通專家所告知和提供的相關知識，以及特定個案的衡鑑資料，而作出的決定(Hancock,

61 英文原文- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists。
62 英文原文- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom。
63 英文原文- Speech Pathology Australia。

Krissinger, & Owen, 2010)。衡鑑乃是包括對於嗓音、共鳴、構音、口說語言（spoken language）、以及非口語溝通的個案的自我評估和專家的評估(Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010)。

嗓音和溝通治療計畫的制定，須考慮現有的研究證據、專家的臨床知識和經驗、以及個案自己的目標和價值觀（美國聽語學會，2011年；加拿大語言病理學專家和聽力學專家協會；英國言語治療師皇家學院；澳洲言語病理學會；加拿大，不列顛哥倫比亞省，溫哥華，溫哥華沿岸衛生局）。治療的指標通常包括音調、語調、音量和重音模式、嗓音品質、共鳴、構音、言語的速率和語法、口語和非口語的溝通(Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983)。治療可以是個別和/或團體的授課。根據個案的需求，治療的頻率和期間將有所不同。可以使用嗓音和溝通治療的現有方案，而將之發展成個別化的治療計畫(Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988)。

將嗓音變為女性化或男性化，涉及到嗓音產生機制的非習慣用法。為了避免可能的嗓音誤用和長期的嗓音損傷，預防措施乃是必要的。因此，所有的嗓音和溝通治療服務，應該要包括嗓音保健（Adler et al., 2006）。

嗓音女性化手術之後的嗓音保健注意事項

如同第十一章節所指出，有些變性者、跨性別者、和非性別常規者會進行嗓音女性化手術[64]。（透過男性化賀爾蒙的治療，能夠讓嗓音變得深沉，但女性化賀爾蒙並不會對MtF成人的聲音產生影響。）做過此手術的患者，在滿意度、安全性、和長期的改善上，是有不同的程度。因此，建議接受嗓音女性化手術的個人，應該要諮詢嗓音和溝通專家，以便達到最佳的手術效果、維護嗓音的健康、和學習非音頻領域的溝通。嗓音手術的程式，應該包括經由該國負責言語治療師/語言病理學專家的董事會所授予執照和/或經過認證的嗓音和溝通專家，來進行後續追蹤(Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004)。

64 英文原文- voice feminization surgery。

第十一章 手術治療

性別重建手術是有效果的，而且是有醫療上的必要

手術 – 尤其是生殖器手術 – 通常是在性別不安的治療過程中，所採取的最後和最被考慮執行的步驟。雖然許多變性者、跨性別者、和非性別常規者，在未經手術之下，仍能夠對他們的性別認同、角色、和展現上感到自在，但是對於其他人而言，手術是不可或缺的，並且在減輕他們的性別不安上，具有醫療上的必要性(Hage & Karim, 2000)。對於後者，若不修正他們的主要和/或次要性徵，使之與他們的性別認同更加一致，將無法減緩性別不安。此外，手術可以幫助患者更自在地面對性伴侶，或是處於醫生的診間、游泳池、健身俱樂部等場所之中。在某些情境下，當被員警或其他當局逮捕或搜查時，手術將可以減少遭受傷害的風險。

後續追蹤的研究顯示，性別重建手術的術後結果，有不可否認的效益，例如主觀的幸福感、美觀、以及性功能(De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfafflin & Junge, 1998)。

性別重建手術的倫理議題

一般的外科手術都是切除有病變的組織，以便恢復受到損害的功能，或是改變身體特徵，以便提高患者的自我形象。有些人，包括一些健康專業人員，基於道德的理由而反對以手術治療性別不安，認為此狀況並不符合手術的條件。

對於照護性別不安患者的健康專業人員而言，能夠自在地面對改變解剖學上的正常結構，乃是很重要的。專家必需要聆聽這些患者的症狀、困境、以及生活史的論述，才能夠瞭解手術何以能夠減輕性別不安者在心理上的不自在和困擾感受。對於採取“最首要的是不造成傷害”[65]的基本倫理，因而抵制手術治療的人，應該要給予尊重、討論、並且讓其有機會從患者身上學習到性別不安所造成的心理困擾，以及因為拒絕適當的治療而導致的潛在傷害。

65 譯註：此為醫學倫理中的「不傷害原則」(The principle of nonmaleficence)，亦即醫療人員的首要倫理原則就是不造成傷害（First do no harm），不讓病人的身體與心靈受到傷害。

性別不安的生殖器和乳房/胸部手術治療，並不屬於可以任意選擇的手術。典型之任意選擇的手術，乃是只有涉及到患者和外科醫生之間，私人的相互同意的契約。生殖器和乳房/胸部手術作為性別不安的必要治療，必須經過合格的心理健康專業人員的衡鑑之後，才能夠執行，如同在SOC 第七章節所列。具備記載衡鑑已經完成，而且此人符合特定手術治療之資格的書面檔之後，才能得以進行手術治療。借著遵循此程式，心理健康專業人員、外科醫生、當然還有患者本身，共同分擔進行身體不可逆轉改變之決定的責任。

僅只因為出現血液感染疾病的血清陽性反應，例如HIV或B型或C型肝炎，而否定手術治療的可行性或資格，乃是不符合倫理。

外科醫生與心理健康專業人員、賀爾蒙處方醫師（如果適用），以及患者（知情同意）的關係

外科醫生在性別不安治療當中，不僅只是扮演技術人員的角色。相反地，認真的外科醫生，會深入洞察每個患者轉介至手術治療的病史和緣由。為了達成目的，外科醫生必須與病人詳細長談，並且與其他積極參與臨床照護的健康專業人員，維持緊密的合作關係。

當外科醫生是跨領域健康照護團隊的一份子時，是很容易達成彼此間的相互諮詢。在缺乏上述的情況之下，外科醫生要確信轉介的心理健康專業人員（們），如果適用的話，還有賀爾蒙處方醫師，都是具備性別不安之衡鑑和治療的能力，因為外科醫師乃是非常仰賴於他們的專業知識。

一旦外科醫生確信已經達到了特定的手術標準（如下所列），就應該要考慮進行手術治療，並且進行手術前的諮詢。在諮詢的過程中，對於手術的程式和手術後的狀況，應該要與病人進行廣泛的討論。外科醫生必須負責與尋求性別不安手術治療的患者，討論以下所有事項：

- 各種可行之手術的技術（轉介給提供替代選項的同事）；
- 每種技術的優點和缺點;
- 達成“ 理想”的結果乃是有手術上的限制；外科醫生應該要提供自己的患者有關在手術之前-和-之後的照片，包括成功和失敗的結果;
- 各種技術都有潛在的風險和可能的併發症，外科醫生應該告知患者在每個手術當中，他們每個人的併發症的發生機率。

這些討論是獲得知情同意的核心過程，也是進行任何外科手術的道德和法律要求。對於減輕性別不安而言，確保患者對於結果是抱著符合現實的期望，乃是很重要的。

所有的訊息應該以書面的形式提供給患者，並且使用他們所流利的語言，加上圖解的說明。患者應該提前收到訊息（可藉由網路），以及給予充裕的時間來仔細閱讀。知情同意的專案必須在手術介入之前，以面對面地的方式進行討論。如此，問題才能得以解答，並且獲得患者簽署的知情同意書。因為這些手術是不可逆的，故必須在他們提供知情同意書之前，小心地確保患者有足夠的時間來充分吸收訊息。建議至少要有24小時的時間。

外科醫生應該提供即時的術後照護，以及照會未來為患者提供服務的其他醫生。患者應該要與他們的外科醫生，共同制定適當的術後照顧計畫。

性別不安患者的手術治療

針對男變女（MtF）的患者，手術治療可能包括以下內容：

一、乳房/胸部手術：隆乳手術（植入手術/脂肪填充手術）;

二、生殖器手術：陰莖切除手術[66]、睪丸切除手術、陰道成形手術、陰蒂整型手術[67]、外陰部成形手術[68]；

三、非生殖器、非乳房手術：臉部女性化手術[69]、抽脂手術[70]、脂肪填充手術、嗓音手術、甲狀輭骨縮小手術[71]、臀部增大手術[72]（植入手術/脂肪填充手術）、頭髮重建、以及各種美容手術。

針對女變男（FtM）的患者，手術治療可能包括以下內容：

一、乳房/胸部手術：皮下乳房切除手術[73]、塑造男性胸部;

66 英文原文- penectomy。
67 英文原文- clitoroplasty。
68 英文原文- vulvoplasty。
69 英文原文- facial feminization surgery。
70 英文原文- liposuction。
71 英文原文- thyroid cartilage reduction。
72 英文原文- gluteal augmentation。
73 英文原文- subcutaneous mastectomy。

二、生殖器手術：子宮切除手術/雙側卵巢切除手術[74]、重建尿道的固定部分，結合陰核釋出手術[75]或陰莖成形手術[76]（採用帶蒂或帶血管的皮瓣）、陰道切除手術[77]、陰囊成形手術[78]、以及植入勃起和/或睾丸的假體;

三、非生殖器、非乳房手術：嗓音手術（罕見）、抽脂手術、脂肪填充手術、胸部植入手術[79]，以及各種美容手術。

重建手術相對于美容手術

性別重建手術應該被視為“美容”或“重建”手術的問題，不僅是要從哲學的角度來思考，也要從經濟的角度來思考。美容或整容手術大多被認為是沒有醫療上的必要，因此，通常由患者支付全部的費用。相反地，重建手術被認為是有醫療上的必要－有不容置疑的治療效果- 因此由國家衛生系統或保險公司支付部分或全部的費用。

不幸的是，在整形和重建手術的領域上（包括與性別有關的一般和特定的手術），並沒有明確區分何者是純粹的重建手術，何者是純粹的整容手術。大多數的整形手術，實際上是包含重建和整容兩者的混合物。

大多數的專家都同意生殖器手術和乳房切除手術，不能被視為純粹的整容手術，然而其他外科手術（例如，隆乳手術、臉部女性化手術）在何種程度下可被視為純粹的重建手術，則是意見分歧的。雖然可以較容易地將陰莖成形或陰道成形手術，當作結束終身痛苦的介入治療，但是對於某些患者而言，縮鼻手術[80]之類的介入治療，能夠對他們的生活品質產生根本和持久的影響，相較於沒有性別不安的人，此類手術乃是更具有醫療上的必要性。

手術的標準

在整份的SOC當中，性別不安的手術治療的標準，乃是為了促進患者的最佳照護。雖然SOC 允許個別化的措施，以便更能滿足患者的健康照護需求，然而，由合格的心理健康專業人員所記載之持續性的性別不安的紀錄，乃是所有乳房/胸部和生殖器手術必須符合的

74 英文原文- hysterectomy/ovariectomy。
75 譯註：英文原文-metoidioplasty，此是生殖器重建手術的一種，因為賀爾蒙治療會造成陰蒂的增大，故可利用陰蒂來形塑成陰莖。另一種方法是陰莖成形術（如下所述）。
76 譯註：英文原文- phalloplasty，此乃利用手臂、腹部或大腿組織，移植後製造成勃起的陰莖假體。
77 英文原文- vaginectomy。
78 英文原文- scrotoplasty。
79 英文原文- pectoral implants。
80 英文原文- reduction rhinoplasty。

標準。某些手術則是需要其他的標準，包括接受女性化/男性化賀爾蒙治療，並且連續一年以與個人性別認同一致之性別角色生活的體驗。

這些標準列於下文。此乃是根據現有的證據和臨床共識，並且針對不同的手術而給予不同的建議。

SOC並不會具體說明不同的手術所應該進行的順序。必須根據患者的臨床需求，故手術的數量和順序乃是會因人而異。

乳房/胸部手術的標準（需要一位轉介者）

FtM患者的乳房切除手術和創造男性胸部的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡（如果法定年齡較小，則依循在SOC當中有關兒童和青少年的規定）;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

賀爾蒙治療並不是一個先決的條件。

MtF患者的隆乳手術（植入手術/脂肪填充手法）的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡（如果法定年齡較小，則依循在SOC當中有關兒童和青少年的規定）;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

雖然並不是一個明確的標準，但是建議MtF患者在隆胸手術之前，必須接受女性化賀爾蒙治療（至少12個月）。目的是為了提升乳房的發育到最高的限度，以便獲得更好的手術（美容）效果。

生殖器手術的標準（需要兩位轉介者）

生殖器手術的標準是針對特定類型的手術。

FtM患者的子宮切除手術和卵巢切除手術，以及MtF患者的睪丸切除手術的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

五、根據患者的性別目標，進行連續12個月的賀爾蒙治療（除非病人有醫療上的禁忌症，或是因著其他原因而不能或不願意服用賀爾蒙）。

在性腺切除手術之前接受賀爾蒙治療的目的，主要是讓患者在進行不可逆的手術介入之前，能夠先嘗試一段屬於可逆的抑制雌激素或睪固酮的治療期間。

這些標準並不適用於因性別不安以外的醫療問題，而進行手術的患者。

FtM患者的陰核釋出手術和陰莖成形手術，以及MtF患者的陰道成形手術的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制;

五、根據患者的性別目標，進行連續12個月的賀爾蒙治療（除非病人有醫療上的禁忌症，或是因著其他原因而不能或不願意服用賀爾蒙）。

六、具備連續12個月，以與個人性別認同一致之性別角色生活的體驗;

雖然並不是一個明確的標準，但是建議這些患者也能夠定期拜訪心理健康或其他醫療的專業人員。

在手術之前，需要12個月以認同一致之性別角色生活的理由：

上述的標準是針對某些類型的生殖器手術－患者必須具備連續12個月，以與他們的性別認同一致之性別角色生活的體驗－此乃是基於臨床專家的共識，認為這方面的體驗，能夠提供患者在進行不可逆的手術之前，有足夠的機會去體驗和調整他們想要的性別角色。正如第七章節所指出，在社會層面上改變個人的性別角色，通常是具有挑戰性 －往往比生理層面更多。改變性別角色會造成重大的個人與社會後果，這個決定應該包括覺察到對於家庭、人際關係、教育、職業、經濟、和法律可能會面臨的挑戰，如此他們才能夠成功地發揮性別角色的功能。為了確保性別角色得以調適成功，得到合格的心理健康專業人員與同儕的支持，是非常的寶貴(Bockting, 2008)。

在12個月的期間內，可以經歷到一年當中可能發生的不同的生活經驗和事件（例如，家庭活動、節日、假期、季節性的工作或學校的經驗）。在此期間內，患者應該呈現一致的、日復一日的，以他們所渴望的性別角色來渡過所有的生活情境。這還包括向夥伴、家人、朋友、和社區成員（例如，在學校、工作、其他的場合）出櫃。

健康專業人員應該清楚地在病歷上記載，有關患者在性別角色上的體驗，針對準備進行生殖器手術的患者，則必須包括以全時間生活的開始日期。在某些情況下，如果有必要，健康專業人員可能會要求達到此標準的驗證：他們可能會聯繫與患者有關聯的某些人，患者乃是以與認同一致的性別角色和他們交往，或者要求提出已經變更法定姓名和/或性別注記的檔，如果適用的話。

精神病症狀和其他的重大心理疾病患者的手術治療

當性別不安患者同時也被診斷出嚴重的精神疾病，並且在現實感的測驗上出現損害（例如，精神病發作、雙極型疾患、解離性身份疾患、邊緣型人格障礙），在考慮手術之前，必須使用精神藥物和/或心理治療來盡力地改善這些狀況。在手術之前，應該要聯絡具有資格進行衡鑑和處理精神症狀的心理健康專業人員，他們必須要對患者進行複檢，並且說明患者的精神狀態，以及對於進行手術的準備。理想上，心理健康專業人員必須熟悉患者。當患者仍處於精神症狀的活耀狀態之下，乃是不應該進行任何的手術治療(De Cuypere & Vercruysse, 2009)。

進行乳房/胸部或生殖器手術時，外科醫師應具備的能力

執行性別不安之手術治療的外科醫師，應該是泌尿科醫生、婦科醫生、整形外科醫生、或是一般的外科醫生，並且經過相關的國家級和/或地區級協會的認證。外科醫生應該具備生殖器重建技術的特殊專長，以及在經驗豐富的外科醫生之下接受監督訓練。即使

是經驗豐富的外科醫生，仍必須樂意接受同儕對於手術技巧的檢視。官方審計的手術結果和結果的公佈，能夠為進行轉介的健康專業人員及患者帶來更大的保證。外科醫生應該定期參加新型的手術技術的專業會議。通常患者乃是有效地利用網路，分享他們與外科醫生及他們的團隊的經驗。

理想上，外科醫生應該熟知一個以上的生殖器重建手術的技術，使他們對患者提供諮詢時，能夠幫助每個人選擇最理想的技術。或者，如果外科醫生只熟練一種技術，而且此手術不適合患者或不被患者所接受，醫生應該告知患者其他的手術方式，並且轉介至其他合適的外科醫生。

乳房/胸部手術的技術和併發症

雖然乳房/胸部的外觀是很重要的第二性征，但是乳房的存在或大小，並不涉及性和性別的法律定義，而且對生育而言，並不是必要的。為治療性別不安而進行乳房/胸部手術，應該如同展開賀爾蒙治療般地謹慎，因為此二者都會對身體產生相對不可逆的改變。

MtF患者的隆乳手術（有時也被稱為“ 胸部重建手術”），與天生的女性患者的手術程式並無差別。通常是透過植入乳房假體的方式，偶爾使用脂肪填充技術。在MtF患者的隆乳手術當中，感染和關節囊（莢膜）纖維化[81]是罕見的併發症(Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999)。

針對FtM患者則可以使用乳房切除手術，或“ 男性胸廓整形手術”[82]。對於許多FtM患者而言，這是唯一會進行的手術。因為切除乳房組織時會同時切除皮膚，必須知會患者此將會造成疤痕的增生。皮下乳房切除手術的併發症，包括乳頭壞死、胸部輪廓不規則、和難看的疤痕（Monstrey et al., 2008）。

生殖器手術的技術和併發症

MtF患者的生殖器手術，可能包括的睪丸切除手術、陰莖切除手術、陰道成形手術、以及陰唇整形手術。技術包括進行陰莖皮瓣的翻轉、帶血管蒂之S型乙狀結腸及皮膚的移植來再造人工的陰道。除了創造出具有功能的陰道和可接受的美容效果之外，性的敏感度在陰道成形手術當中，乃是一個重要的目標。

81 英文原文- capsular fibrosis。
82 英文原文- male chest contouring。

MtF患者的生殖器手術的手術併發症，可能包括陰道和陰唇的完全或部分的壞死、造成從膀胱或腸道進入陰道的瘺管、尿道狹窄、對於性交而言，陰道過短或過小。雖然外科手術所重建的陰道已經具備優異的功能和美觀，但是在此手術下所造成的性高潮障礙，已經有相關的報導，並且為了達到美容的效果，必須進行第二階段的陰唇整形手術 (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006)。

FtM患者的生殖器手術可能包括子宮切除手術、卵巢切除手術（輸卵管卵巢切除術[83]）、陰道切除手術、陰核釋出手術、陰囊成形手術、尿道成形手術、睪丸假體的植入手術、以及陰莖成形手術。

對於之前沒有進行過腹部手術的患者，建議使用腹腔鏡技術來進行子宮切除手術和輸卵管卵巢切除手術，以避免產生下腹部的疤痕。進入陰道可能較為困難，因為大多數患者是未產婦，而且往往沒有經歷過插入式的陰道性交。目前已經有各式各樣的陰莖成形手術的操作技術。技術的選擇可能會受限於解剖結構或外科手術的注意事項，以及客戶的經濟考慮。如果陰莖成形手術的目標是有良好外觀的人工陰莖、站立排尿、性感覺、和/或性交能力，則應該要明確的告知患者將會經歷到數個不同的手術階段，以及技術上常見的困難，而此可能需要額外的手術。即使是陰蒂陰莖化之類的手術，在理論上屬於一個階段的小陰莖重建的步驟，但是往往需要一個以上的手術操作。運用這類型的手術方式，並不總是能夠確保達到站立排尿的目的（Monstrey et al., 2009）。

FtM患者的陰莖成形手術的併發症，可能包括常見的尿路狹窄和瘺管，以及偶爾之人工陰莖的壞死。陰核釋出手術常造成小陰莖，而且無法站立排尿。陰莖成形手術，需要使用帶蒂或帶血管的皮瓣，此乃是一個漫長、多階段的程式，而且有顯著的發病率，包括常見的泌尿系統併發症及不可避免的供皮區域的疤痕。基於這個原因，許多FtM患者，從未接受子宮切除手術和輸卵管卵巢切除手術以外的生殖器手術(Hage & De Graaf, 1993)。

然而，即使患者出現嚴重的手術併發症，卻很少會後悔接受此類型的手術。借著重複出現的研究結果，發現手術結果的品質是整體性別重置效果的最佳預測因數之一，由此可知手術的重要性(Lawrence , 2006)。

其他的手術治療

其他能夠協助身體女性化的手術，包括甲狀軟骨縮小手術（減少“亞當的蘋果”[84]）、嗓音調整手術、腰部抽脂整形手術（輪廓成形）、隆鼻手術（鼻型校正）、臉部削骨、臉部拉皮、和眼皮拉皮術（眼皮回春）。其他能夠協助身體男性化的手術，包括抽脂手術、脂

83 英文原文- salpingooophorectomy。
84 譯註：亞當的蘋果（Adam’s apple），意指男性的喉結。

肪填充手術、和胸部植入手術。為獲得更低沉的聲音而進行嗓音手術是罕見的，但是在某些情況下乃是適用的，例如當賀爾蒙治療無法產生效果時。

雖然這些手術並不需要經由心理健康專業人員的轉介，但是這類型的專業人員可以扮演重要的角色，能夠協助個案針對手術的時間和影響，在充分知情下作出決定，以及在社會轉換的情境下進行這些手術。

雖然這類型的手術大多是標示著“　純粹的美容手術”，但是對於嚴重性別不安的患者而言，這類型的手術可以被視為有醫療上的必要，此乃取決於病患獨特的臨床狀況和社會處境。這個模糊性乃是反映出臨床的真實情況，並且對於這類型的手術需求和想望，允許做出個別的決定。

第十二章 術後的照護與追蹤

在進行性別不安的手術治療之後，長期的術後照護與追蹤乃是與良好的手術及社會心理的結果有關（Monstrey et al., 2009）。術後追蹤對於患者後續的身體和心理健康，以及在增加外科醫師對於手術的效益和限制的知識上，乃是非常地重要。外科醫生對於來自遠方的患者進行手術時，必須將後續追蹤涵蓋在他們的照護計畫當中，並且儘量地確保在患者的所在地，乃是可以獲得負擔得起的長期之術後照護服務。

有些患者在接受手術之後，可能會拒絕專業服務提供者的後續追蹤，包括賀爾蒙處方醫生（為患者提供賀爾蒙治療），而沒有認知到對於進行賀爾蒙和手術治療的患者而言，這些提供者往往是最能夠預防、診斷、和治療獨特的醫療狀況。後續追蹤的需求，同樣地也延伸至心理健康專業人員，相較於其他的專業人員，他們可能已經花了較長的時間與病人相處，因此，在術後任何的適應困難上，乃是位於一個最能夠提供協助的最佳位置上。健康專業人員應該要向他們的患者強調術後追蹤的重要性，並且提供持續的照護服務。

患者在接受手術之後，應該要依據他們的年齡所建議的指引，接受定期的醫療篩檢。此在下一個章節中會進行詳細的討論。

第十三章 終身預防與基層醫療照護

變性者、跨性別者、和非性別常規者乃需要終身的健康照護服務。例如，在相對年輕的年齡時，已經進行生殖器手術和/或接受長期且大量的賀爾蒙治療，為了避免負面的繼發效應，患者乃需要在基層保健和跨性別健康上有經驗的提供者，給予醫療上的照護服務。假使所有的服務無法由單一的提供者提供，則所有提供服務的人必須要進行持續的溝通。

基層醫療照護和健康維護的問題，應該在為了減輕性別不安而進行任何可能之性別角色的改變和介入治療之前、在此期間當中、及之後，得到妥善地處理。儘管賀爾蒙的提供者和外科醫生，在預防保健上扮演著重要的角色，然而，針對整體的健康照護需求而言，每一位變性者、跨性別者、和非性別常規者仍應該要有基層醫療照護的提供者的陪伴（Feldman, 2007）。

一般的預防保健

為社會大眾所發展的篩檢指引是適用於身體器官系統，此乃較不會受到女性化/男性化賀爾蒙治療的影響。然而，在某些範疇上，例如心血管疾病的危險因數、骨質疏鬆症、和某些癌症（乳癌、子宮頸癌、卵巢癌、子宮癌、和前列腺癌），若使用一般的指引來篩檢接受賀爾蒙治療的個體時，可能會高估或低估其成本效益。

針對接受女性化/男性化賀爾蒙治療的患者，有些資源提供了詳細的基層醫療方案，包括性別重建手術的術後治療(跨性別健康中心，加州大學三藩市分校（UCSF）， 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005)。臨床醫生應該參考以證據為基礎的國家級指引，以及根據賀爾蒙治療在患者之基準線風險上的影響，並且和他們討論篩檢的結果。

癌症篩檢

對於變性者、跨性別者、和非性別常規者，以及他們的健康照護提供者而言，與性相關的器官系統的癌症篩檢，將會面臨特別的醫療和心理上的挑戰。

由於缺乏大規模的前瞻性研究，因此對於此類型的群體，照護提供者不太可能有足夠的證據來決定癌症篩檢的適當類型和頻率。

過度的篩檢將造成較高的健康照護的成本、以及較高的偽陽性比率，而且往往是不必要地暴露於輻射和/或診斷的介入措施，例如活組織的切片檢查。然而，不足的篩檢將會導致潛在可治療之癌症的延遲診斷。

患者會發現在癌症篩檢的過程，需要面臨性別的確認（例如當MtF患者進行乳房X光檢查時）或是同時遭受到肉體和精神上的痛苦（例如當FtM患者接受持續性的子宮頸抹片檢查）。

泌尿與生殖系統的保健

同時對於兩個性別的變性者、跨性別者、和非性別常規者而言，婦科照護可能是必要的。在FtM患者的群體當中，此類型的照護主要是針對沒有進行生殖器手術的患者。在MtF患者的群體當中，進行生殖器手術之後乃是需要這類型的照護。雖然許多外科醫生為患者提供術後之泌尿與生殖的保健，但是，基層照護醫師和婦科醫生，也應該要熟悉這類型群體之特殊的生殖器問題。

所有的MtF患者應該接受有關生殖器衛生、性學、和預防性傳染疾病的諮詢；對於接受生殖器手術的患者，也應要告知需要定期地進行陰道擴張或插入式性交，以便維持陰道的深度和寬度（(van Trotsenburg, 2009)。因為男性的骨盆、人工陰道的軸度和尺寸，相較于自然的陰道，乃是有解剖結構上的顯著差異。如果MtF患者和他們的伴侶並不理解上述的狀況，此解剖上的差異將會對性交造成影響(van Trotsenburg, 2009)。

下尿路感染經常發生在接受手術的MtF患者身上，導因于重建手術所造成的尿道縮短。此外，這些患者可能常困擾于下尿路的功能障礙；這種疾病可能是因為在直腸和膀胱之間進行分割的過程中，損壞了膀胱下壁的自主神經系統，以及膀胱本身的位置改變所造成的結果。膀胱的功能障礙（如膀胱過動症[85]，壓力或急迫性尿失禁）可能會在性別重建手術之後發生(Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hiltebrand, & Birkhauser, 2007)。

大多數的FtM患者並沒有進行陰道切除手術。雖然當患者接受男性化賀爾蒙的治療時，睾固酮有可能會轉變為雌激素，但是仍能夠規則地觀察到陰道襯裏的萎縮，並且可能導致瘙癢或灼熱感。

85 英文原文- overactive bladder。

進行檢查將會帶來肉體和精神上的痛苦，但是，缺乏治療又可能導致狀況的嚴重惡化。婦科醫生在處理FtM患者有關生殖器的抱怨時，應該要保持敏感度，意識到男性的性別認同和陽剛的性別展現的患者，可能具有典型的女性生殖器官。

第十四章 照護準則在機構住民的適用性

SOC乃適用於全體的變性者、跨性別者、和非性別常規者，不論他們的居住狀況為何。人們不應該因著他們的居住地，包括，例如監獄或長期/中期的健康照護機構，而遭受到無法獲取適當健康照護的歧視（Brown, 2009）。對於居住在機構環境中的變性者、跨性別者、和非性別常規者，應該比照假使是居住於相同社區的非機構環境中，最適合的健康照護方式。

SOC所描述的衡鑑和治療方式，都可以提供給機構的住民參考使用。不可以因為機構的制度或居住的管理，而造成無法獲取必要的醫療（Brown, 2009）。如果直接或間接受雇於該機構的健康專業人員，無法進行性別不安的衡鑑和/或治療時，應該向擁有此特別之健康照護知識的外界專家進行諮詢。機構中的性別不安者也可能出現共存的心理健康狀況（Cole et al., 1997）。這些狀況應該被適當地衡鑑和治療。

當人們進入機構時，若在此之前已經接受了賀爾蒙治療，就應該要持續地提供相同或相似的治療，並且根據SOC來予以監控。在大多數的情況下，“凍結措施”並不是適當的照護方法(Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002)。適合接受賀爾蒙治療的性別不安者，應該要展開這類型的治療（SOC）。當存在醫療的必要性，卻突然中斷賀爾蒙的使用，或是沒有展開賀爾蒙治療的後果，乃是包括極大可能的負面結果，例如自我閹割的手術、憂鬱情緒、煩躁不安，和/或自殺的傾向(Brown, 2010)。

可以在提供與SOC一致的醫療服務的前提之下，針對機構環境來進行合理的調整，假使如此的調整，並不會損害到性別不安者所需要的醫療照護。一個屬於合理調整的例子是在使用針劑注射賀爾蒙的情況下，假使沒有醫療上的禁忌，轉換為口服製劑是非常可行的作法（Brown, 2009）。因著居住在機構的環境，而否定其改變性別角色或獲得治療的需求，包括性別重建手術，此在SOC的標準下，並不屬於合理的調整 (Brown, 2009)。

對於居住在機構之變性者、跨性別者、和非性別常規者的住房、淋浴間/浴室設施，應該考慮他們的性別認同和角色、身體狀況、尊嚴、以及人身安全。只根據外生殖器官的外

觀，而安置于單一性別的住房單位、房間、或床位，可能並不恰當，而且有可能將個人至於遭受侵害的風險之下(Brown, 2009)。

變性者、跨性別者、和非性別常規者所居住且在其中獲得醫療照護的機構，應該對於機構中的容忍度和正向的氣氛進行監測，以便確保住民不會遭受到工作人員或其他住民的攻擊。

第十五章 照護準則在性發展障礙者的適用性

專門術語

性發展障礙[86]是指發展出非典型之生殖系統的生理狀況 (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES1/ESPE2 Consensus Group, 2006)。DSDs包括通常被稱為間性人[87]的狀態。儘管在2005年的國際會議上，已經達成將此術語變更為DSD的共識（Hughes et al., 2006），但是，在術語的使用上依然存在著分歧。

有人強烈地反對“障礙”[88]的標籤，並且將此先天的狀況視為一種多樣性的展現(Diamond, 2009)，以及持續地使用雙性人的術語。WPATH在SOC當中使用此DSD的術語時，乃是秉持著客觀和價值中立的態度，以及為了達到使健康專業人員認識此醫學上的術語，並且使用它來獲取與此領域相關之文獻的目的。WPATH對於新興的術語保持著開放的態度，當它能夠更進一步地闡明多樣化群體成員的經驗，並且促進健康照護的獲取及供應。

86 英文原文- disorder of sex development (DSD) 。

87 譯註：「intersex」或「intersexuality」翻譯為間性人或雙性人，別名陰陽人。此取代了過去帶有歧視的雌雄同體（hermaphrodite）一詞。Curtis E. Hinkle 于2003年創立Organization Intersex International（OII），臺灣的丘愛芝（Hiker Chiu）於2008年將此原文網站，創制「國際中文版」（http://www.oii.tw/），定名為「國際陰陽人組織」，並說明使用此詞的原由：「陰陽人」的概念清楚且易於認知；陰陽兩字在東方文化中是宇宙的起源，是一種動態自然平衡之道，也恰好描述陰陽人性別的動態變化實況，較之局限在二元性別概念中的雌雄同體、兩性人、雙性人，更具多元性別的意義與空間。第三，有意顛覆原本汙名的用意，讓最受汙名的陰陽人一詞去汙名化。

88 譯註：「disorder」常翻譯為障礙、疾患、症。

添加至SOC的理由

在此之前，DSD者雖然也符合DSM-IV-TR之性別認同障礙的診斷標準（美國精神病學協會，2000年），但是，卻被排除在此診斷之外。相反地，它們被歸類為“未分類之性別認同障礙”[89]。同時也被排除在WPATH的照護標準之外。

目前的DSM-5（www.dsm5.org）草案以性別不安一詞取代性別認同障礙。此外，DSM的改變在於認為伴隨DSD的性別不安患者，乃是屬於性別不安的亞型。這個草案的分類 - 明確地區分性別不安者伴隨或未伴隨DSD - 這乃是正確的：因為伴隨DSD的患者，在性別不安的現象學表現、流行病學、生命歷程、病因上是有所差異的（Meyer-Bahlburg, 2009）。DSD和性別不安的成年人，逐漸受到健康專業人員的關注。因此，這個版本的SOC當中，包含著對於他們的照顧的簡短討論。

健康史的注意事項

健康專業人員在協助同時屬於DSD及性別不安的患者時，需要注意到此類型患者所發展出的醫學狀況，乃是截然不同於沒有伴隨DSD的患者。

有些人被確定診斷為DSD，乃是在出生時觀察到出現非典型性別的生殖器官。（越來越多的觀察是藉由產前胎兒超音波影像的掃描）。這些嬰兒將會進行廣泛的醫療診斷的程式。在完成家庭與健康專業人員的諮詢之後－在此諮詢的過程中，乃是針對具體的診斷、生理和賀爾蒙的發現、以及從與長期結果有關的研究中所獲取的回饋進行考慮（Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004）－新生兒將被指定一個性別，無論是男性，還是女性。

其他的DSD患者，大約是在青春期的階段開始受到健康專業人員的關注，此乃是經由觀察到第二性征之非典型的發展。此觀察結果也需要進行特定的醫療評估。

DSD的類型和症狀的嚴重程度，對於個人最初的性別指定、隨後的生殖器手術、以及其他的醫療與心理社會照護的決定上，造成顯著的影響（Meyer-Bahlburg, 2009）。例如，DSD患者在產前暴露于雄性賀爾蒙的程度，乃是與性別相關之行為（亦即，性別角色和展現）的陽剛程度有關聯性，但是，只有中等程度的相關，並且產前暴露于雄性賀爾蒙所造成的行為變化，仍然是不明確的（Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg,

89 譯註：英文原文-Gender Identity Disorder - Not Otherwise Specified，通常無法歸類于任一特定性別認同障礙的診斷者，則可使用此診斷分項。

Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006）。值得注意的是，產前暴露于賀爾蒙與性別認同的關聯性，並沒有得到證實（例如，Meyer-Bahlburg et al., 2004）。這乃是強調了一個事實，即使是具有相同的（核心的）性別認同的人，在陽剛程度和性別相關的行為上，仍是有極大的差異。

性發展障礙者之性別不安的衡鑑與治療

DSD患者在尚未被診斷出DSD之前，就先一步確診為性別不安，乃是非常地罕見。即便如此，DSD的診斷通常是顯而易見的－透過適當的疾病史和基本的生理檢查－ 此二者都是性別不安之賀爾蒙治療或手術的醫療評估中的一部分。心理健康專業人員應該要求性別不安的個案進行身體檢查，尤其是當他們近日都沒有基層醫療（或其他的健康照護）的就醫紀錄。

大多數的DSD患者是先天性的生殖器官不明，但是，卻沒有發展成為性別不安（例如，Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004）。然而，有些DSD患者會發展成慢性的性別不安，甚至改變他們在出生時的指定性別和/或他們的性別角色（Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999）。如果有持續和強烈地出現性別不安的跡象，經由熟練於性別不安之衡鑑與治療的臨床醫生所進行之綜合性評估，乃是不可或缺的，而且不論病人的年齡為何。針對DSD的狀況，已經出版了關於衡鑑和性別不安之治療決定的詳細建議（Meyer-Bahlburg, in press）。唯有經過徹底的衡鑑之後，才能夠朝著改變患者出生之指定性別或性別角色的方向邁進。

臨床醫生在幫助這類型的患者減輕性別不安時，所採取的治療方案可以從照護非DSD患者當中得到啟示（Cohen-Kettenis, 2010）。但是，治療的標準（例如，年齡、以所欲求之性別角色生活的持續期間）通常不是例行地套用在DSD患者的身上；標準乃是根據患者特殊的情況而定（Meyer-Bahlburg, in press）。在DSD的情況下，出生之指定性別和性別角色的改變，可以在上小學以前的年齡和成年中期之間的任何年齡當中進行。即使是生殖器手術，這類型的患者可能比非DSD的性別認同障礙者更早完成，假使這個手術是經由合理的診斷、根據有關性別認同的症狀和嚴重度的預後、以及基於患者的願望。

這些在治療上出現差異的原因之一，乃是DSD患者在嬰兒期和青春期進行生殖器手術是很常見的。早已存在著不孕的可能性，此起因於無論是早期的性腺發展障礙、或是因為惡性腫瘤的風險而進行性腺切除手術。即便如此，唯有當出現長期之非典型的性別行為，以及產生性別不安狀，和或抱持著想要改變自己的性別角色的強烈欲望，並且持續了相當長的一段時間，才能夠建議DSD患者，完整地進行另一個性別角色的社會轉換。達到DSM-5之性別不安的診斷，需要持續六個月的期間呈現出全部的症狀表現（Meyer-Bahlburg, in press）。

其他的資源

對於DSD患者而言，與性別相關的疾病史往往是很複雜的。他們的疾病史可能包括種類繁多的先天遺傳、內分泌、和非典型的身體型態，以及各種賀爾蒙、手術、和其他的醫療。出於這個原因，對於這類型的患者，需要考慮許多其他的心理社會和醫療照護的議題，不論性別不安是否存在。這些需要考慮的議題乃是超出了SOC所能夠覆蓋的範圍。有興趣的讀者可以參考現有的出版物（例如，Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008）。有些家屬和患者也認為接受諮商或參與社區支持團體，乃是有所幫助的。

關於DSD患者的治療，有一個非常重要的醫學文獻。其中大部分的文章是由小兒內分泌科和泌尿外科當中，具有高水準程度的專家所完成，並且加上專門的心理健康專業人員的投入，特別是專精於性別的領域。針對一般的DSD（Hughes et al., 2006）和特定的先天性腎上腺皮質增生症[90]（Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010），最近的國際共識會議已經完成了以證據為基礎的照護準則（包括性別議題和生殖器手術）。其他的資源則是針對一般的DSD（Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004）和選擇某些症候群，例如46，XXY（Simpson et al., 2003）的研究需求。

90 英文原文- Congenital Adrenal Hyperplasia。

參考文獻

Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022–006X.54.2.183

ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. Obstetrics & Gynecology, 106(5), 139–140.

Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide. San Diego, CA: Plural Pub.

American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine. Retrieved from http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html

American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08). Retrieved from http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice. Retrieved from www.asha.org

Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. American Psychologist, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. European Journal of Endocrinology, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10–1038

Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. Human Reproduction, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474

Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600–0447.1993.tb03364.x

Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. Clinical Endocrinology, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365–2265.1993.tb01013.x

Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1(1), 45–51.

Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), Current concepts in transgender identity (pp. 277–296). New York, NY: Garland.

Benjamin, H. (1966). The transsexual phenomenon. New York, NY: Julian Press.

Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history (pp. 285–328). New York: Zone Books.

Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. Siecus Report, 28(1), 3–7.

Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. Sexologies, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), Principles of transgender medicine and surgery (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.

Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). International Journal of Transgenderism, 9(3/4).

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. International Journal of Transgenderism, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03

Bolin, A. (1988). In search of Eve (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.

Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.

Bornstein, K. (1994). Gender outlaw: On men, women, and the rest of us. New York, NY: Routledge.

Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. Psychoneuroendocrinology, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306–4530(97)00033–4

Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). The transgender child: A handbook for families and professionals. Berkeley, CA: Cleis Press.

Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. International Journal of Transgenderism, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073

Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. International Journal of Transgenderism, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970

Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). Cross dressing, sex, and gender. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Callen Lorde Community Health Center. (2000). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Callen Lorde Community Health Center. (2011). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA clinical certification program. Retrieved from http://www.caslpa.ca/

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. Journal of Voice, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. Reviews in Urology, 6(Suppl 6), S3–8.

Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). Primary care protocol for transgender health care. Retrieved from http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00–00

Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), Latin American male homosexualities (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. International Journal of Transgenderism, 3(1), 2–17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583–200104000–00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5□-reductase-2 deficiency and 17□-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. Archives of Sexual Behavior, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508–005–4339–4

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005

Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychothérapie. Tijdschrift Voor Psychotherapie, 10, 153–166.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. Archives of Sexual Behavior, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508–009–9562-y

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. Archives of Sexual Behavior, 40(4), 843–847. doi:0.1007/s10508–011–9758–9

Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135

Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. Archives of Sexual Behavior, 26(1), 13–26.

Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. International Journal of Transgenderism, 11(1), 1–7. doi: 10.1080/15532730902799912

Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(2), 69–73. doi: 10.1080/15532730903008008

Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(3), 141–145. doi: 10.1080/15532730903383740

Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(4), 215–219. doi: 10.1080/15532730903439450

Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. Archives of Sexual Behavior, 21(3), 313–321.

Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth. Binghamton, NY: Haworth Press.

Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). Transgender rights. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. William and Mary Journal of Women and Law, 7, 37–60.

Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. Journal of Voice, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892–1997(00)80010–7

Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaberi, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. International Journal of Transgenderism, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06

Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), Williams textbook of endocrinology (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.

Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. International Journal of Transgenderism, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08

de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. Folia Phoniatrica Et Logopaedica, 52(5), 220–227.

De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508–005–7926–5

De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. European Psychiatry, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. International Journal of Transgenderism, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781

Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. European Journal of Endocrinology, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231

Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. Hormone Research in Paediatrics, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145

de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. Clinical Therapeutics, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149–2918(00)88267–3

Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice. New York, NY: W.W. Norton.

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. Archives of Sexual Behavior, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. International Journal of Transgenderism, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. International Journal of Transgenderism, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 8(1/2), 41–67.

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. International Journal of Transgenderism, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469–7610.2011.02426.x

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803–010–0935–9

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. The Journal of Sexual Medicine. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743–6109.2010.01943.x

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. PloS ONE, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? Archives of Sexual Behavior, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508–008–9438–6

Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469

Docter, R. F. (1988). Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior. New York, NY: Plenum Press.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. Developmental Psychology, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012–1649.44.1.34

Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. International Journal of Transgenderism, 12(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235

Ekins, R., & King, D. (2006). The transgender phenomenon. Thousand Oaks, CA: Sage.

Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. British Journal of Psychiatry, 152(5), 638–640.

Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery, 31(1), 39–45.

Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. Journal of Family Psychotherapy, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01

Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.

Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). Principles of transgender medicine and surgery. Binghamton, NY: Haworth Press.

Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), Principles of transgender medicine and surgery (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.

Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. Health Sociology Review, 17(3), 235–253.

Feinberg, L. (1996). Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman. Boston, MA: Beacon Press.

Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.

Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), Principles of transgender surgery and medicine (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.

Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. International Journal of Transgenderism, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02

Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. International Journal of Transgenderism, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757

Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp

Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181

Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. Western Journal of Medicine, 120(5), 386–391.

Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9(4), 381–387.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. Sexual and Relationship Therapy, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. International Journal of Transgenderism, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492

Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations. International Journal of Transgenderism, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057

Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. European Urology, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), Transsexualism and sex reassignment (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. American Journal of Speech-Language Pathology, 8(3), 201–208.

Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). Menopause: A guide to management. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.

Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. Annual Review of Sex Research, 18, 178–224.

Gold, M., & MacNish, M. (2011). Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications. Washington, DC: American Family Therapy Academy.

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. Archives of Sexual Behavior, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508–007–9307–8

Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. Hormone Research in Paediatrics, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751

Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.

Green, R. (1987). The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press.

Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. Annual Review of Sex Research, 1(1), 163–174.

Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. International Journal of Psycho-Analysis, 45, 217–219.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. Journal of GLBT Family Studies, 2(1), 71–92.

Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), Williams textbook of endocrinology (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.

Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. Microsurgery, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910

Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. Plastic and Reconstructive Surgery, 105(3), 1222–1227.

Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. Journal of Voice. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013

Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. Clinics in Plastic Surgery, 1(2), 335–344.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. Journal of Sex and Marital Therapy, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560

Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. European Urology, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008

Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. British Journal of Psychiatry, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181

Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. Archives of Disease in Childhood, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319

Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. American Family Physician, 62(5), 1079–1095.

Institute of Medicine. (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: The National Academies Press.

Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand. Binghamton, NY: Haworth Press.

Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? The Aging Male, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557

Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. Archives of Sexual Behavior, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508–009–9551–1

Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002–020611

Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. Hormones and Behavior, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. The Laryngoscope, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals. Annals of Plastic Surgery, 43(5), 476–483.

Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. Minnesota Law & Politics, June, 21–49.

Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). The Journal of Sexual Medicine, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743–6109.2009.01370.x

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. International Journal of Transgenderism, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. International Journal of Transgenderism, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215

Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. British Journal of Urology, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464–410X.2001.02323.x

Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. Fertility and Sterility, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126

Kuhn, A., Hiltebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019

Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600–0447.1998.tb09986.x

Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364

Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508–006–9104–9

Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.

Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. International Journal of Transgenderism, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032

Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. Clinical Endocrinology, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365–2265.2003.01821.x

MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. New England Journal of Medicine, 350(4), 367–378.

Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. Family Process, 50(4), 453–470 doi: 10.1111/j.1545–5300.2011.01371.x

Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. Archives of Sexual Behavior, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508–005–4341-x

McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. The Journal of Laryngology & Otology, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174

McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. Journal of Voice, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010

Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583–200208000–00021

Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. American Journal of Public Health, 93(2), 262–265.

Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. Archives of General Psychiatry, 36(9), 1010–1015.

Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. International Journal of Transgenderism, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065

Meyer, W. J. III. Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. Archives of Sexual Behavior, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. Advances in Experimental Medicine and Biology, 511, 199–223. doi:10.1007/978–1-4615–0621–8_12

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. Archives of Sexual Behavior, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508–005–4342–9

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. International Journal of Transgenderism, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. Archives of Sexual Behavior, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508–009–9532–4

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 20(4), 639–649. doi: 10.1016/;. ch.2011.07.002.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. The Endocrinologist, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01. ten.0000123701.61007.4e

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. Archives of Sexual Behavior, 33(2), 97–104. doi:10.1023/ B:ASEB.0000014324.25718.51

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. Archives of Sexual Behavior, 35(6), 667–684. doi:10.1007/ s10508–006–9068–9

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. The Journal of Urology, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7

Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). Man and woman, boy and girl. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/ role in childhood: Longitudinal follow-up. Journal of Pediatric Psychology, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29

Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? Plastic and Reconstructive Surgery, 124(2), 510–518.

Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. Plastic and Reconstructive Surgery, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002–021967

More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? Journal of Gender Studies, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725

Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. Journal of Communication Disorders, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7

Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007–0746

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clinical Endocrinology, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x

Nanda, S. (1998). Neither man nor woman: The hijras of India. Belmont, CA: Wadsworth.

Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary. Los Angeles, CA: Alyson Publications.

Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. Journal of Voice, 18(1), 153–167.

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. Quality of Life Research, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3

Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. Human Reproduction Update, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035

North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. Menopause, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. Journal of Sex Research, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258

Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. International Journal of Language & Communication Disorders, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237

Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf

Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 4(4), 185–194. doi:1090–7173/00/1200–0185$18.00/1

Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. Archives of General Psychiatry, 13(2), 172–181.

Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409

Payer, A. F., Meyer, W. J. III. & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. Andrologia, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439–0272.1979.tb02232.x

Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. Current Anthropology, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947

Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. Journal of Psychology & Human Sexuality, 5(4), 69–85.

Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. International Journal of Transgenderism. Retrieved from http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.

Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.

Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), Sissies and tomboys: Gender noncomformity and homosexual childhood (pp. 34–51). New York: New York University Press.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide (4TH ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. Archives of Sexual Behavior, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291

Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. Journal of Sex Information & Education Council of Canada, 1, 1–7.

Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. International Journal of Transgenderism, 3(3). Retrieved from http://www.WPATH.org

Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. International Journal of Transgenderism, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl /ezines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.

Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. Journal of Homosexuality, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124

Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. International Journal of Transgenderism, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved June 8, 2011, from http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf

Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. Archives of Sexual Behavior, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354

Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? Sexual and Relationship Therapy, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358

Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583–200205000–00020

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 288(3), 321–333.

Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. http://www.rcslt.org/

Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology (6TH ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.

Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. Journal of Gay & Lesbian Issues in Education, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04

Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. Genetics in Medicine, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. Psychological Medicine, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776

Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. Journal of the American Board of Family Practice, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194

Speech Pathology Australia. http://www.speechpathologyaustralia.org.au/

Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. Clinical Child Psychology and Psychiatry. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303

Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? Archives of Sexual Behavior, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2

Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083–3188(03)00155–4

Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. International Journal of Psychoanalysis, 45, 220–226.

Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttransexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), Body guards: The cultural politics of gender ambiguity (pp. 280–304). London: Routledge.

Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. Endocrine Practice, 9(1), 12–21.

Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. International Journal of Transgenderism, 5(4).

Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), International encyclopedia of sexuality. New York, NY: Continuum.

Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. Urologia Internationalis, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585

Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender. Retrieved from http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf

Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. Acta Psychiatrica Scandinavica, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600–0447.1988.tb06373.x

Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. Human Reproduction, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145

Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. Child and Adolescent Social Work Journal, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560–008–0158–5

van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clinical Endocrinology, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365–2265.1997.2601068.x

van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. Archives of Sexual Behavior, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841

van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. International Journal of Transgenderism, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484

Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. Annual Review of Sex Research, 11, 1–25.

Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. Acta Psychiatrica Scandinavica, 43(S203), 255–257.

Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. The British Journal of Psychiatry, 119(549), 195–196.

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. SIECUS Report, February/March, 14–16.

Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. Archives of Sexual Behavior, 25(4), 409–425.

Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. Endocrine Reviews, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726

Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. International Journal of Transgenderism, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938

Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. International Journal of Sexual Health, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537

Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. The Journal of Urology, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7

World Health Organization. (2007). International classification of diseases and related health problems-10th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). The world health report 2008: Primary health care—now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A. Retrieved from http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf

WPATH Board of Directors. (2010). De-psychopathologisation statement released May 26, 2010. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

Xavier, J. M. (2000). The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.

Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642

Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.

Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. Annual Review of Sex Research, 10(1), 1–69.

Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006

Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), DSM-IV-TR casebook, volume 2 (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. Archives of Sexual Behavior, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508–009–9540–4

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? Journal of Sex & Marital Therapy, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. Journal of Sex & Marital Therapy, 38(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. International Journal of Transgenderism, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. Journal of Nervous and Mental Disease, 172(2), 90–97.

附錄壹 辭彙

在變性者、跨性別者、和非性別常規者的健康照護領域上，專門術語乃是迅速地發展。新興的術語不斷地被引進，現有名詞的定義也正在轉變。因此，在此領域當中，對於語言乃是經常產生誤解、辯論、或反對的狀況。在SOC所使用的術語中，較不為人所熟悉，或具有特定含義，將在下文做出定義，然而只限于在這個本文當中使用。其他人可能採取這些定義，不過WPATH明瞭這些術語，在不同的文化、社區、和情境之下，可能會產生不同的定義。

此外，WPATH也承認，許多與這類群體有關的術語，仍是不盡理想的。例如，變性和異裝打扮[1]的術語－會引發某些人的爭辯；跨性別是最近新興的術語－人們使用此術語來展現出一種客觀的態度。這類型的術語已經或多或少地被許多人所接受，他們乃是盡最大的努力來使自己能夠被他人所瞭解。借著持續使用這些術語，WPATH唯一的目的是要確保其中的概念和歷程，是足以讓人理解的，以便促進變性者、跨性別者、和非性別常規者獲得高品質的健康照護。WPATH對於新興的術語保持著開放的態度，當它能夠更進一步地闡明多樣化群體成員的經驗，並且促進健康照護的獲取和供應。

生物同質性賀爾蒙（Bioidentical hormones）：是一種賀爾蒙，與人體內的天然賀爾蒙有相同的化學結構（ACOG婦科實踐委員會，2005年）。使用于生物同質性賀爾蒙治療 (BHT)的賀爾蒙，通常來源是萃取自植物，其在結構上類似於內源性的人類賀爾蒙，但是需要經過商業加工之後，才能夠成為生物同質性賀爾蒙。

生物同質性複方賀爾蒙治療（Bioidentical compounded hormone therapy (BCht)）：使用由藥劑師準備、混合、裝配、包裝，或標記為藥物的賀爾蒙，此乃是根據個別患者的特殊身體狀況，給予客制化的調配。政府的藥物監督部門是不可能為個別消費者所調配的每樣複方產品，來給予核准。

異裝打扮（Crossdressing (transvestism)）：在特定的文化背景之下，個人的穿著打扮和呈現的性別角色，典型上是屬於另一個性別。

性發展障礙（Disorders of sex development (DsD)）：是一種先天的身體狀況，在染色體、性腺、或解剖上的性徵，出現非典型的發展。有人強烈地反對“障礙”的標籤，並且將這些狀況視為一種多樣性的展現(Diamond, 2009)，以及較樂意使用雙性人的術語。

1 譯註：英文原文-transvestite，譯者採取中性的翻譯詞-異裝打扮。與此相關的精神疾病診斷：預定在臺灣發行的DSM-V中文版翻譯為「異裝症」（Transvestic Disorder）。之前命名為「扮異性戀物癖」（Transvestic Fetishism）（DSM-IV精神疾病診斷準則手冊，孔繁鐘和孔繁錦編譯，合計圖書出版社發行）。

女變男（Female-to-Male (FtM)）：是一種形容詞，用來描述個人在出生時被指定為女性，但是正在改變或已經改變他們的身體和/或性別角色，將出生時的女性性別，變成更加男性化的身體或角色。

性別不安（Gender dysphoria）：個人的性別認同與出生時的指定性別（以及伴隨的性別角色和/或主要與次要的性徵）有所差異，因而造成極度的困擾(Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b)。

性別認同（Gender identity）：個人視自己為男性（男孩或男人）、女性（女孩或女人）、或另一種性別（例如，boygirl、girlboy、跨性別者、性別酷兒、閹人）的內在感受(Bockting, 1999; Stoller, 1964)。

性別認同障礙（Gender identity disorder）：精神疾病的診斷與統計手冊第四版，文本修訂版（DSM IV-TR）（美國精神醫學協會，2000年）所提出的正式診斷。性別認同障礙是指強烈且持續地認同異性性別，以及持續地對於自己的性別感到不自在，或對於性別角色感到不適當，導致臨床上顯著的困擾，或減損社會、職業、或其他重要領域的功能。

非性別常規（Gender nonconforming）：是一種形容詞，用來形容在特定的文化和歷史時期之下，個人的性別認同、角色、或展現，不同於他們的指定性別的規範。

性別角色或展現（Gender role or expression）：個人的人格、外觀、和行為的特質，在特定的文化和歷史時期之下，被認定為男性或女性（亦即屬於典型的男性或女性的社會角色(Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006)。雖然大多數的人展現出明確的男性或女性的性別角色，但是有些人則展現出另一種性別角色，例如性別酷兒或特定的跨性別者。人們傾向于將陽剛和陰柔的特質，以不同的方式和不同程度，具體化的呈現在性別展現上(Bucketing, 2008)。

性別酷兒（Genderqueer）：是一種認同的標籤，表示個人的性別認同和/或角色，不符合只限于男人（man）或女人（woman），男性（male）或女性（female）的性別二元論的分類（Bockting，2008）。

男變女（Male-to-Female (MtF)）：是一種形容詞，用來描述個人在出生時被指定為男性，但是正在改變或已經改變他們的身體和/或性別角色，將出生時的男性性別，變成更加女性化的身體或角色。

天然賀爾蒙（Natural hormones）：萃取自天然來源的賀爾蒙，例如植物或動物。天然賀爾蒙有可能是或可能不是生物同質性。

性（性別）（Sex）：出生時被指定為男性或女性的性別，通常是根據出生時的外生殖器的外觀來決定。當外生殖器的外觀是難以分辨時，就會參考性別的其他要件（內生殖器、染色體和賀爾蒙的性別），以便指定性別(Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000)。對於大多數人而言，性別

（gender）認同和展現，與出生時的指定性別（sex）乃是一致的，然而變性者、跨性別者、和非性別常規者的性別認同或展現，乃是不同于出生時的指定性別。

性別重建手術/性別確認手術（sex reassignment surgery /gender affirmation surgery)：改變主要和/或次要性徵的手術，以便確認一個人的性別認同。性別重建手術在減緩性別不安的必要醫療處置上，佔有很重要的位置。

跨性別（transgender）：描述一種多樣化的群體，其跨越（cross）或超出（transcend）了文化所定義的性別類別。跨性別者的性別認同，與他們出生時的指定性別之間有不同程度的差異(Bockting, 1999)。

轉換（transition）：是指一段時期，當個人從與出生時的指定性別相關之性別角色，改變成為不同的性別角色。對許多人而言，涉及到學習如何在社會上以“另一個”性別角色生活；對另一群人的意義則是尋找一個讓他們感到最自在的性別角色和展現。在轉換的期間當中，可能有或沒有使用賀爾蒙治療或是其他的醫療處置來造成女性化或男性化的身體改變。轉換的性質和持續的時間是具有彈性和個別化的。

跨性別恐懼症（transphobia），內化的（internalized）：對於自己的跨性別感覺或認同感到不自在，導因於內化了社會規範對於性別的期待。

變性（transsexual）：是一種形容詞（通常使用於醫學的專業領域中），用來形容尋求改變，或是已經透過促成女性化或男性化改變的醫療介入治療（賀爾蒙療法或手術），改變了他們的主要和/或次要性徵的個體，通常伴隨著在性別角色上的永久改變。

附錄貳 檢視賀爾蒙療法的醫療風險

下列的風險是根據男性化/女性化賀爾蒙治療的兩個綜合性、以證據為基礎的文獻回顧(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)，以及一個大型的世代研究（Asscheman et al., 2011）。這些文獻回顧，連同其他廣為人知、已經發表的臨床資料，可以作用賀爾蒙提供者的詳細參考資料(Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaberi, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007)。

女性化賀爾蒙治療的風險(MtF)

極可能（likely）增加的風險：

靜脈血栓疾患（venous thrombotic disease）

- 使用雌激素將會增加靜脈血栓事件(VTE)的風險，特別是超過40歲以上、抽煙、久坐、肥胖、以及有潛在血栓形成傾向疾病的人。
- 此種風險是隨著額外使用第三代孕激素而增加。
- 經由皮膚吸收的給藥路徑來使用雌二醇，可以降低此種風險，因此建議VTE風險較高的患者使用。

心血管、腦血管疾病（Cardiovascular, cerebrovascular disease）

- 年齡超過50歲且有潛在心血管風險因數的患者，使用雌激素會增加心血管事件的風險。額外使用孕激素也會增加此風險。

血脂肪（Lipids）

- 使用口服雌激素可能會顯著地增加患者的三酸甘油脂，導致增加胰腺炎和心血管事件的風險。

- 不同的給藥路徑，在高密度脂蛋白膽固醇（HDL）、低密度脂蛋白膽固醇（LDL）和A型脂蛋白的水準上，產生不同的代謝作用。
- 在一般情況之下，臨床證據乃建議已經罹患血脂相關疾患的MtF患者，經由皮膚吸收的方式來使用雌激素，較有利於使用口服雌激素。

肝/膽

- 使用雌激素和醋酸環丙孕酮，可能會伴隨暫時性的肝酶升高，以及臨床少見的肝毒性。
- 使用雌激素將會增加膽石症（膽結石）和爾後之膽囊切除手術的風險。

有可能（Possible）增加的風險：

第二型糖尿病（Type 2 diabetes mellitus）

- 女性化賀爾蒙治療，特別是使用雌激素，可能會增加第二型糖尿病的風險，尤其是當患者的家族病史當中，具有糖尿病或此疾病的危險因數。

高血壓（Hypertension）

- 使用雌激素可能會增加血壓，但是對於嚴重型高血壓的發生率的影響仍是未知。
- 螺旋內酯固醇可以降低血壓，因此建議罹患或具有高血壓風險卻又渴望女性化的患者使用。

泌乳素瘤（Prolactinoma）

- MtF患者在使用雌激素的第一年會增加高泌乳素血症的風險，但之後便不太可能會發生。
- 使用高劑量的雌激素可能會促進已經存在，但臨床上不明顯的泌乳素瘤的臨床表現。

尚未有結論或不會增加風險（inconclusive or no increased risk）：

此類別中的項目，包括那些可能會出現的風險，但是證據力過於薄弱而無法下明確的結論。

乳癌（Breast cancer）

- 在已經接受女性化荷爾蒙治療的MtF當中並未產生乳癌，但是相較于出生時擁有女性生殖器的人，他們的風險程度仍是未知數。
- 長期暴露於女性化賀爾蒙之中（例如，長年使用雌激素製劑）、擁有乳癌的家族史、肥胖（BMI> 35）、以及使用孕激素等，極可能會影響風險的程度。

女性化療法的其他副作用：

以下的影響可能會被認為是輕微的或甚至是樂意的，此乃取決於患者的看法，但顯然是伴隨著女性化賀爾蒙治療而出現。

生育和性功能（Fertility and sexual function）

- 女性化賀爾蒙治療可能會損害生育能力。
- 女性化賀爾蒙治療可能會降低性欲。
- 女性化賀爾蒙治療減少夜間勃起，並且對性刺激勃起產生不同程度的影響。

抗雄激素藥物的風險：

女性化賀爾蒙治療通常包括各種各樣的媒介，乃是用來影響睪固酮的製造或作用。這些包括促性腺素釋放激素拮抗劑、孕激素（包括醋酸環丙孕酮）、螺旋內酯固醇、和5-α還原酶抑制劑。關於這些藥物的特定風險的廣泛討論，已經超越了SOC 的範圍之外。然而，螺旋內酯固醇和醋酸環丙孕酮乃是被廣泛地使用，因此值得給予一些評論。

醋酸環丙孕酮是一種具有抗雄性激素性質的孕激素化合物(Gooren, 2005; Levy et al., 2003)。雖然廣泛地使用於歐洲，但是因為擔心潛在的肝毒性，故在美國並未核准這類的藥物(Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004)。

螺旋內酯固醇在女性化賀爾蒙治療上常被當作抗雄性激素使用，特別是在醋酸環丙孕酮未被核准使用的地區(Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003)。螺旋內酯固醇使用於高血壓和充血性心臟衰竭的治療上有很悠久的歷史。常見的副作用包括高鉀血症、頭暈、以及胃腸道的症狀(Physicians' Desk Reference, 2007)。

男性化賀爾蒙治療的風險(FtM)

極可能（likely）增加的風險：

紅血球增多症（Polycythemia）

- 男性化賀爾蒙治療因為使用睪固酮或其他的雄性激素，因而增加紅血球增多症（血球容積 > 50%）的風險，特別是對於存在其他危險因數的患者。
- 經由皮膚吸收的給藥路徑和在劑量上的適應，也許可以降低這種風險。

增加體重/內臟脂肪（Weight gain/visceral fat）

- 男性化賀爾蒙治療將會造成適度的體重增加，伴隨著內臟脂肪的增加。

有可能（Possible）增加的風險：

血脂肪（Lipids）

- 睪固酮療法會降低高密度脂蛋白膽固醇（HDL），但是對於低密度脂蛋白膽固醇（LDL）和三酸甘油酯則產生不同程度的影響。
- 超生理（超出正常男性的範圍以外）的血清睪固酮水準，通常在長期使用肌肉注射的給藥方式中發現，可能會造成血脂肪的惡化，皮膚吸收的給藥路徑似乎是比較不會對血脂肪產生作用。
- 針對潛在的多囊性卵巢症候群或血脂異常[2]的患者，睪固酮療法可能會增加惡化血脂異常的風險。

肝（Liver）

- 睪固酮療法可能會引發暫時性的肝酶升高。

2 英文原文- dyslipidemia。

- 人們已經注意到口服甲基睪丸素錠[3]與肝功能障礙和惡性腫瘤有關。不過，大多數國家都已經不允許使用基睪丸素錠，而且也不應該再繼續使用。

精神病（Psychiatric）

- 針對潛在的精神疾病患者，使用睪固酮或其他雄性激素的男性化治療，可能會增加輕躁、躁狂、或精神病症狀的風險。這個不良事件似乎與高劑量或血液中超生理的睪固酮的水準有關。

尚未有結論或不會增加風險（inconclusive or no increased risk）：

此類別中的項目，包括那些可能會出現的風險，但是證據力過於薄弱而無法下明確的結論。

骨質疏鬆（Osteoporosis）

- 針對尚未進行卵巢切除術的FtM患者，至少在接受睪固酮療法的頭三年期間，可以維持或增加骨骼礦物質密度。
- 卵巢切除術之後將增加骨質密度減少的風險，尤其是當睪固酮療法被中斷或不足夠時。這是包括患者單獨只使用口服睪固酮。

心血管（Cardiovascular）

- 針對健康的患者，使用正常生理劑量的男性化賀爾蒙治療，並不會增加心血管事件的風險。
- 針對有潛在危險因數的患者，男性化賀爾蒙治療可能會增加心血管疾病的風險。

高血壓（Hypertension）

- 使用正常生理劑量的男性化賀爾蒙治療，可能會增加血壓，但並不會增加高血壓的風險。
- 患者若擁有高血壓的危險因數，例如體重增加、家族病史、或多囊性卵巢症候群，則可能會增加風險。

3 英文原文- methyltestosterone。

第二型糖尿病（Type 2 diabetes mellitus）

- 針對全體的FtM患者，睪固酮療法並不會增加第二型糖尿病的風險。
- 患者若擁有其他危險因數，例如顯著的體重增加、家族病史、以及多囊性卵巢症候群，睪固酮療法可能會進一步增加第二型糖尿病的風險。目前還沒有資料建議或顯示擁有血脂異常的危險因數的人會增加此風險。

乳癌（Breast cancer）

- FtM患者使用睪固酮療法並不會增加患乳癌的風險。

子宮頸癌（Cervical cancer）

- FtM患者使用睪固酮療法並不會增加子宮頸癌的風險，雖然因為萎縮性的改變而可能會增加極微異常的子宮頸抹片的風險。

卵巢癌（Ovarian cancer）

- 如同出生時擁有女性生殖器的人，處於雄性激素升高的情況一般，FtM患者使用睪固酮療法可能會增加卵巢癌的風險，儘管證據是有限的。

子宮內膜（子宮）癌（Endometrial (uterine) cancer）

- FtM患者使用睪固酮療法可能會增加子宮癌的風險，儘管證據是有限的。

男性化療法的其他副作用：

以下的影響可能會被認為是輕微的或甚至是樂意的，此乃取決於患者的看法，但顯然是伴隨著男性化賀爾蒙治療而出現。

生育和性功能（Fertility and sexual function）

- FtM患者使用睪固酮療法可能會降低生育能力，儘管影響的程度和可逆性仍是個未知數。
- 針對發育中的胚胎或胎兒，睪固酮療法會引發永久性的解剖學上的改變。

- 睪固酮療法會引發陰蒂肥大和性欲提高。

痤瘡（Acne），雄性禿（androgenic alopecia）

- 痤瘡和不同程度的雄性禿，是男性化賀爾蒙治療常見的副作用。

附錄叁 賀爾蒙治療和手術的標準

與先前所有版本的SOC相同的是，在此版本中有關性別不安的賀爾蒙和手術治療的標準，就是臨床的指引；個別的健康專業人員和照護計畫可能會將之進行修正。臨床醫療偏離SOC的可能因素有－因為患者特殊的解剖構造、社會或心理的狀況；屬於經驗豐富的健康專業人員，針對丨般的情況之下而發展出來的處遇模式；屬於研究計畫的草稿;因為在世界的其他地區所面臨的資源缺乏；或是屬於特定的減害措施。這些偏離必須被清楚告知，例如向患者解釋，以及為了患者的照顧品質和法律保障，必須要簽定知情同意的檔。這些檔記錄對於最新資料的累積乃是具有價值的，借著回顧檢驗而得以應用于健康照護上－以及SOC的發展上。

女性化/男性化賀爾蒙治療的標準(需要一位轉介者或社會心理衡鑑的病歷報告)

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡（如果法定年齡較小，則依循SOC有關兒童和青少年的規定）;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

乳房/胸部手術的標準（需要一位轉介者）

FtM患者的乳房切除手術和創造男性胸部的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡（如果法定年齡較小，則依循在SOC當中有關兒童和青少年的規定）;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

賀爾蒙治療並不是一個先決的條件。

MtF患者的隆乳手術（植入手術/脂肪填充手法）的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡（如果法定年齡較小，則依循在SOC當中有關兒童和青少年的規定）;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

雖然並不是一個明確的標準，但是建議MtF患者在隆胸手術之前，必須接受女性化賀爾蒙治療（至少12個月）。 目的是為了提升乳房的發育到最高的限度，以便獲得更好的手術（美容）效果。

生殖器手術的標準（需要兩位轉介者）

FtM患者的子宮切除手術和卵巢切除手術，以及MtF患者的睾丸切除手術的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制。

五、根據患者的性別目標，進行連續12個月的賀爾蒙治療（除非病人有醫療上的禁忌症，或是因著其他原因而不能或不願意服用賀爾蒙）。

在性腺切除手術之前接受賀爾蒙治療的目的，主要是讓患者在進行不可逆的手術介入之前，能夠先嘗試一段屬於可逆的抑制雌激素或睪固酮的治療期間。

這些標準並不適用於因性別不安以外的醫療問題，而進行手術的患者。

FtM患者的陰核釋出手術或陰莖成形手術，以及MtF患者的陰道成形手術的標準：

一、屬於持續且確定診斷的性別不安;

二、具備作出充分知情的決定和同意接受治療的能力;

三、達到某一國家的法定成年年齡;

四、如果存在顯著的醫療或心理健康問題，它們必須得到相當良好的控制;

五、根據患者的性別目標，進行連續12個月的賀爾蒙治療（除非病人有醫療上的禁忌症，或是因著其他原因而不能或不願意服用賀爾蒙）。

六、具備連續12個月，以與個人性別認同一致之性別角色生活的體驗;

雖然並不是一個明確的標準，但是建議這些患者也能夠定期拜訪心理健康或其他醫療的專業人員。

上述的標準是針對某些類型的生殖器手術－患者必須具備連續12個月，以與他們的性別認同一致之性別角色生活的體驗－此乃是基於臨床專家的共識，認為這方面的體驗，能夠提供患者在進行不可逆的手術之前，有足夠的機會去體驗和調整他們想要的性別角色。

附錄肆 醫療措施之臨床結果的證據

結果分析95是真正能夠支持新興治療的方法之一。由於性別重建手術乃是具有爭議性的，因此，這種類型的分析一直是非常重要的。在此領域的結果分析，幾乎都是回溯性的研究。

檢驗變性患者之愈後的心理社會結果的首批研究之一，是於1979年在美國約翰霍普金斯大學的醫學院和醫院 (J. K. Meyer & Reter, 1979)進行的研究。此研究聚焦于患者的職業、學業、婚姻、和家居的穩定性。研究發現治療造成許多顯著的改變。這些改變並非都是正向的；相反地，研究顯示許多進入治療計畫的個案，在參與該計畫之後的許多評量上，並沒有得到更好的結果，或反而是比之前更差。這些研究結果致使醫院和醫學院終結了這個治療計畫(Abramowitz, 1986)。

接著，許多健康專業人員要求一個進行性別重建手術之資格的準則。此促成了亨利　班傑明國際性別不安協會(即為現在的WPATH))於1979年制定出首版的健康照護準則版。

Pauly於1981年發表一份針對接受性別重建手術的患者，進行的大型回溯性研究的結果。這項研究中的參與者，乃是有更好的結果：在83 位的FtM患者當中，80.7％的人有滿意的結果（例如，患者自陳在“社交和情緒調適上的改善”）、6.0％的人感到不滿意。在283位 MtF患者當中，71.4％的人有滿意的結果，8.1％的人感到不滿意。這項研究包含在照護準則出版和使用之前，就已經接受治療的患者。

自從照護準則就緒之後，患者對於性別重建手術的結果，乃是穩定地提高滿意度和降低不滿意度。在1996年之後，研究聚焦於根據照護準則來進行治療的患者。Rehman和他的同事（1999）以及Krege和他的同事（2001）的研究發現，乃是這類型研究的典型代表，結果顯示參與這些研究的患者當中，沒有一個是後悔接受手術的，而且大多數的人對於手術的美容和功能的結果感到滿意。即使是患者出現了嚴重的手術併發症，也很少會後悔動手術。對於性別重建手術的整體結果而言，手術結果的品質是最好的預測指針之一(Lawrence , 2003)。絕大多數的後續研究顯示一個不可否認的性別重建手術的效益，例如，主觀的福祉、美觀、和性功能 (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009)，雖然從現有的證據來看，具體的受益幅度仍是不確定的。某項研究(Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003) 甚至顯示出，患者在收入上獲得改善。

有一項令人困擾的報告(Newfield et al., 2006)顯示，FtM患者在生活品質的得分上（SF-36的評量），比一般大眾還來得低。這項研究的一個弱點是它所招募的384名參與者，乃是透過一般的電子郵件，而不是經由系統化的抽樣步驟，並且沒有記錄接受治療的程度和類型。此項研究的參與者，在睾固酮的使用上通常都不到5年。接受乳房/胸部手術的患者，自陳在生活品質上，比沒有接受手術的患者還來得高(p<.001)。（在生殖器手術上，卻沒有進行類

似的分析）。在其他的研究上，Kuhn和他的同事（2009）使用King 健康問卷[4]，針對55名歷經手術15年的變性患者，進行生活品質的評估。得分乃是與20名在過去曾經接受腹部/骨盆腔手術[5]的健康女性對照組作比較。變性患者的生活品質，在一些分量表（情緒、睡眠、大小便失禁、症狀的嚴重程度、以及角色的限制）的得分上，乃是與那些控制組相同或較優於他們，但是在其他領域上則得分較低（一般的健康狀況、身體的限制、個人的限制）。

在緩解性別不安的治療上，單獨使用賀爾蒙的效果是很難確定的。大多數評估男性化/女性化賀爾蒙在性別不安的治療效果上的研究，參與的患者們也都同時接受了性別重建手術。關於包含賀爾蒙和手術治療的良好效果，發表在一個綜合性的文獻回顧上，其回顧了在1961年和1991年之間進行的79項研究（主要是觀察研究），總共超過二千名的患者(Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pf ä fflin & Junge, 1998)。在1986年以後進行手術的患者，確實優於那些在1986年之前就接受的患者；此乃反映出在手術併發症上的顯著改善（Eldh等人，1997）。大多數的患者都曾經主述在社會心理層面的改善，改善程度從MtF患者的87％，到FtM患者的97％之間不等(Green & Fleming, 1990)。在瑞典的一項研究當中也發現了類似的改善效果，“在5年之後，幾乎所有的患者對於性別重置都感到滿意，並且臨床醫生在後續追蹤的評估，顯示86％的患者在整體功能上乃是穩定或有所改善的(Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010)。這些早期研究的弱點在於它們的回溯研究的設計，以及和使用不同的標準來評估結果。

在荷蘭進行的一項前瞻性研究，評估了325名尋求性別重置的成人和青少年受試者(Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005)。接受性別重置治療（同時包括賀爾蒙和手術的介入治療）的患者，在Utrecht 性別不安量表[6]的平均分數上有進步。在大多數的項目中，對身體和心理社會功能感到不滿的分數，也出現明顯的改善。少於2％的患者，在治療之後感到後悔。這是樣本數最大的前瞻性研究，確認了由回溯性研究所得到的結果，即是結合賀爾蒙和手術治療，能夠改善性別不安和其他領域的社會心理功能。有必要進一步地研究在未進行手術，以及在未將目標設定為達到身體之最大女性化或男性化效果之下，賀爾蒙治療所能達到的效果為何。

整體而言，隨著這個領域變得更加先進，研究報告也顯示在結果上出現穩定性的改善。結果分析的研究，主要是聚焦于性別重建手術的結果。在現階段的執行上，可以將認同、角色、和身體適應等範疇，運用於後續的追蹤或結果分析的研究上(Institute of Medicine , 2011)。

4 英文原文- King’s Health Questionnaire。
5 英文原文- abdominal/pelvic surgery。
6 英文原文- Utrecht Gender Dysphoria Scale。

附錄伍 照護準則第七版的發展歷程

當最初的SOC“工作組”于2006年成立時，便展開了照護準則，第7版的發展歷程。小組成員受邀來查驗SOC，第6版的特定章節。對於每一個章節，他們被要求回顧相關的文獻，並且確認出所缺乏和所需要的研究，以及根據新的證據，對於將來的SOC修訂版給予建議。以下乃是接受邀稿的作者：Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker。上述的作者當中，有些人增添了其他的合著者，以便協助他們完成任務。

這些論文的初稿於2007年6月1日到期。但是，大多數的作者是在2007年9月完成論文，其餘則是到了2007年年底才完成。這些初稿隨後提交至國際跨性別期刊(IJT)[7]。每篇文章都接受例行性的 IJT 期刊的同儕審查程式。最後的文章發表於2009年第11卷（1-4）之中，讓大家能夠進行討論和辯論。

這些文章發表之後， WPATH董事會于2010年成立了一個照護準則的修訂委員會。修訂委員會首次透過 Google網站，針對刊登在IJT期刊的文章進行辯論和討論。

理事會指派成立一個修訂委員會的附屬團體，成為寫作小組。該小組乃是負責預備SOC第7版的初稿，並且在修訂委員會的指示下，繼續將修訂版完成。理事會也指定一個變性者、跨性別者、和非性別常規者的國際諮詢團體，提供修訂版的意見。

聘任一位技術文件撰寫者[8]來負責（1）審查所有的修改建議-包括原本來自于IJT期刊文章所給予的建議，以及來自於線上討論所提出的其他建議。（2）進行調查，以便進一步地徵求對於修訂版的意見。藉由調查結果，寫作小組能夠辨別出哪些是專家們已經達成協定的部份，哪些則是需要更多的討論和辯論。接下來，技術文件撰寫者（3）撰寫粗略的SOC第7版初稿，提供給寫作小組參考和後續的編寫。

寫作小組於2011年3月4日和5日舉行面對面的專家諮詢會議。他們審閱所有的修改建議和辯論，並且將有爭議的部份達成共識。所做出的結論是根據目前最佳的科學研究和專家的共識而形成的。這些結論被納入修訂版的草稿中，寫作小組在技術文件撰寫者的協助下，完成修訂版的其他的章節。

7 英文原文- International Journal of Transgenderism (IJT)。
8 英文原文- technical writer。

由專家諮詢會議中產生的修訂版草稿，接著分發給寫作小組的成員，並且在技術文件撰寫者的協助下予以完成。

當這個最初的修訂版草稿完成之後，便傳閱給SOC 修訂委員會和國際諮詢團體。在穀歌網站上展開討論，並且舉行電話會議來解決問題。寫作小組參考這些團體的回饋意見，進行下一步的修訂。SOC 修訂委員會和國際諮詢團體乃另外提供二個修訂版草稿，並且刊登在Google網站上供人參考。當完成這三份草稿的審查和修定之後，最終的定稿乃提交給WPATH董事會批示。WPATH董事會於2011年的9月14日核准了目前這個修訂版本。

計畫對於這個版本的SOC進行宣傳，並且邀請針對未來修改版本的回饋意見。WPATH董事會將會決定任何修訂SOC 的時間表。

贊助單位

因著Tawani基金會的慷慨贊助和一名匿名者的捐贈，照護準則得以順利地進行修訂。這些贊助資金乃是支持以下事項：

1、技術文件撰寫者的費用;

2、徵求各國的性別認同專業人員和跨性別社群對於修訂的意見;

3、舉行寫作小組會議;

4、向專業和跨性別的社群、照護準則第七版的修訂委員會、以及WPATH董事會收集更多的回饋意見，並且達成專家共識;

5、印刷和分發護準則第7版，以及在WPATH網站上張貼免費下載副本的費用;

6、於2011年在美國亞特蘭大的喬治亞州舉行WPATH的雙周年學術研討會，推行照護準則第7版。

照護準則修訂委員會的成員註†

Eli Coleman, PhD (USA)* - 委員會的主席
Richard Adler, PhD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA)*
Marsha Botzer, MA (USA)*
George Brown, MD (USA)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*
Griet DeCuypere, MD (Belgium)*
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*
Lin Fraser, EdD (USA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*
Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (Germany)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

註†* 同時也是寫作小組的成員。所有照護準則第七版修訂委員會的成員都在修訂工作上貢獻心力。

國際諮詢團體甄選委員會

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

國際諮詢團體

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FtM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)
Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canada)
Masae Torai, FtM Japan (Japan)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

技術文件撰寫者

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

編輯助理

Heidi Fall (USA)

中文版譯注者

竇秀蘭，臨床心理師，樹德科技大學人類性學研究所博士候選人（臺灣），
臺灣精神醫學會「精神疾病診斷及統計手冊第五版(DSM-5)更新追蹤及中文化計畫」之「性功能障礙、性偏好症、性別不安」工作小組成員

中文版校閱者

吳敏倫，精神科醫師，香港大學教授，資深性教育及性治療工作者（香港）